

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 12/01/2023. 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 [ESPAÑOL.HUMANA.COM](http://ESPAÑOL.HUMANA.COM).

**Humana.**<sup>®</sup>



# **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 <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar). .....	5
B2.	¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez? .....	5
B3.	¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ? .....	6
B4.	¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria para obtener determinados medicamentos? .....	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 <i>Lista de medicamentos</i> ? .....	8
B8.	¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ? .....	8
B9.	¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> 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 .....	126

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

## **A. Descargas 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.



---

#### **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 envíemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción. Lista de medicamentos que puede utilizar en su lugar o si solicita una excepción. 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 126.

Para buscar por afección médica, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 162. 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 muéstrelle la lista a su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos pueden recetarle otro medicamento de la Lista de medicamentos que sea parecido al que usted quiere tomar. **O bien**
- Puede solicitarle al plan de salud que haga una excepción para la cobertura de su medicamento. 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 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](http://Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).

## **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

---

**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](http://Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).

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.

---

**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**.

---

## **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 126. 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 período determinado de días.

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

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

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

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

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

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

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](http://Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



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

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

**AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria**

<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Lo que le costará el medicamento (nivel)</b>	<b>Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso</b>
donepezil 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$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. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
baclofen 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
baclofen 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
colchicine 0.6 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
probenecid 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	\$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](http://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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 30 días)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(480 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
topiramate 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
bromocriptine 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
entacapone 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10-15-20-25-30 MG FILM <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



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



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



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ezetimibe 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
guanfacine 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 30 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



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



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
torsemide 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
valsartan 160 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <b>MO</b>	\$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. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(10 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	

#### 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dexamphetamine sulfate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
riluzole 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
RUZURGI 10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(55 cada 28 días)
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERTY 231 MG CAPSULE, DR/EC <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kourzeq 0.1 % PASTE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
oralone 0.1 % PASTE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
periogard 0.12 % MOUTHWASH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE <b>MO</b>	\$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
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
accutane 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



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



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinolone 0.025 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(118.28 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 5 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
mometasone 0.1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pimecrolimus 1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % GEL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SSD 1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 100 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 200 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
sucralfate 1 gram TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XIFAXAN 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET <b>DL</b>	\$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. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dutasteride 0.5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tiopronin 100 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$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](http://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
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
apri 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 30 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
emoquette 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
heather 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
jencycla 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1-50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
l norgest/e.estriadiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
larissia 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lillow (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lyleq 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mimvey 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nora-be 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone-e.estriadiol-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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
norlyda 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ocella 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
orsythia 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
oxandrolone 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
previfem 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
progesterone 50 mg/ml OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
raloxifene 60 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SLYND 4 MG (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
syeda 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-previfem (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tulana 0.35 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
zarah 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
desmopressin 0.1 mg, 0.2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA

**AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)**

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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 28 días)
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TRELSTAR 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$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
ABRYSVO 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
azathioprine 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
CELLCEPT 200 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT 500 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ENVARSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
gengraf 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
MYFORTIC 180 MG TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
MYFORTIC 360 MG TABLET, DR/EC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIOD (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(168 cada 365 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) SYRINGE KIT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.96 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 30 días)
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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
XOLAIR 150 MG RECON SOLUTION <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



## AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren los ojos

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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALCAINE 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
apraclonidine 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azelastine 0.05 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.15 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carteolol 1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CYSTARAN 0.44 % DROPS <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
difluprednate 0.05 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide 2 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DUREZOL 0.05 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
levobunolol 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
moxifloxacin 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
olopatadine 0.2 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
timolol maleate 0.5 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	

#### 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	

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

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



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

## 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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
AQINJECT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PRO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML LIQUID <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 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 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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$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 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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
KORLYM 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
lactated ringers SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ribavirin 6 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ringer's SOLUTION <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTIGUARD SAFEPACK-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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK-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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PLUS PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
<i>water for irrigation, sterile</i> SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
diclofenac sodium 1 % GEL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$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. <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ketorolac 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(3600 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tramadol 100 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET <b>DL</b>	\$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. <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
buspirone 30 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clonazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 875 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 1 gram PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).

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



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin 350 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
demeclocycline 150 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
linezolid 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methenamine hippurate 1 gram TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % LOTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
monodoxine nl 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gram, 10 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
neomycin 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 14 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
paromomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(6 cada 28 días)
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfadiazine 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SYNERCID 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 300 mg/4 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
trimethoprim 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 125 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$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
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
epitol 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(2250 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methsuximide 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
primidone 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
primidone 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET <b>DL</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
citalopram 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluoxetine 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 45 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine 15 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 365 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
gransetron (pf) 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
gransetron hcl 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(28 cada 28 días)
gransetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 12.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(450 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ondansetron hcl 8 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
promethazine 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
caspofungin 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
caspofungin 70 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cyclodan 8 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 10 mg TROCHE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 150 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOXAFIL 100 MG TABLET, DR/EC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 500,000 unit TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(840 cada 28 días)
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
PRIFTIN 150 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
rifabutin 150 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	

#### ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abiraterone 250 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
adriamycin 10 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
BALVERSA 3 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
bexarotene 1 % GEL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
BLENREP 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
BOSULIF 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
COTELLIC 20 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DAURISMO 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
everolimus (antineoplásico) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
exemestane 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GILOTrif 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
imatinib 100 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>SOLUTION MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
IXEMTRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 4 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MATULANE 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
mercaptopurine 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
NERLYNX 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pazopanib 200 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
SCEMBLIX 20 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
sorafenib 200 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TABLOID 40 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TARGETIN 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
THALOMID 150 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
toremifene 60 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TREANDA 100 MG, 25 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
tretinooin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ZEJULA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20-120 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ivermectin 3 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
mefloquine 250 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
primaquine 26.3 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
quinine sulfate 324 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 56 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(750 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2.63 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
quetiapine 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
quetiapine 150 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 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](http://Humana.com).

## 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 400 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5 % OINTMENT <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
adefovir 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(21 cada 365 días)
APТИVUS 250 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
darunavir ethanolate 600 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
darunavir ethanolate 800 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofovir disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
emtricitabine 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
etravirine 100 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
maraviroc 150 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ribavirin 200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ritonavir 100 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(360 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
TYBOST 150 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir 450 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XOFLUZA 80 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 365 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31-9.8-3.9 % EMULSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON- 1,000 MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
penicillamine 250 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
preplus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ringer's PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate POWDER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
virt-c dha 35-1-200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



## PRODUCTOS SANGUÍNEOS 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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(22.4 cada 30 días)
plerixafor 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.6 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
PROCRT 10,000 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PROCRIT 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
<i>tranexamic acid 650 mg TABLET <b>MO</b></i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
<i>warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b></i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>warfarin 5 mg TABLET <b>MO</b></i>	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 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](http://Humana.com).



**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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
glimepiride 1 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(15 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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
vanadom 350 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

## 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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) AEROSOL SPRAY <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ciproheptadine 4 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
DALIRESP 250 MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(10.6 cada 30 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET <b>DL,LA</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET <b>MO</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sildenafil (pulm.hypertension) 10 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML SYRINGE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$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 <b>DL</b>	\$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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(36 cada 30 días)
wixela inhuh 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET <b>MO</b>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

#### TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: 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 <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
CERDELGA 84 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$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 <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE <b>MO</b>	\$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
REVCORI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER <b>DL</b>	\$0 (Nivel 1)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>	\$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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 exst (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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	
pedialax 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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	

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](http://Humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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](http://Humana.com).



---

## D. Índice de medicamentos

A		
	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .....	44
abacavir .....	98 adapalene .....	29
abacavir-lamivudine .....	98 ADCETRIS .....	82
ABELCET .....	80 adefovir .....	98
ABILIFY ASIMTUFII .....	94 ADEMPAS .....	112
ABILIFY MAINTENA .....	95 adriamycin .....	82, 83
abiraterone .....	82 ADSTILADRIN .....	53
ABOUTTIME PEN NEEDLE .....	53 adult aspirin regimen .....	117
ABRAXANE .....	82 adult tussin chest congestion .....	117
ABRYSVO .....	44 adult tussin cough congest dm .....	117
acamprosate .....	25 adult tussin dm .....	117
acarbose .....	109 ADVAIR DISKUS .....	112
accutane .....	28 ADVAIR HFA .....	112
acebutolol .....	17 advanced antacid-antigas .....	117
acetaminophen .....	117 ADVOCATE PEN NEEDLE .....	53
acetaminophen-codeine .....	65 ADVOCATE SYRINGES .....	53
acetazolamide .....	17 afirmelle .....	34
acetazolamide sodium .....	17 AIMOVIG AUTOINJECTOR .....	15
acetic acid .....	68 ak-poly-bac .....	50
acetylcysteine .....	53, 112 AKEEGA .....	83
acid controller .....	117 albendazole .....	94
acid gone antacid .....	117 albuterol sulfate .....	112
acid gone antacid e.strength .....	117 ALCaine .....	50
acid reducer (famotidine) .....	117 ALCOHOL PADS .....	53
acitretin .....	28 ALCOHOL PREP PADS .....	53
ACTHIB (PF) .....	44 ALCOHOL SWABS .....	53
ACTIMMUNE .....	44 ALCOHOL WIPES .....	53
acyclovir .....	98 ALECENSA .....	83
acyclovir sodium .....	98 alendronate .....	24

alfuzosin .....	33	AMINOSYN II 10 % .....	102
ALIMTA .....	83	AMINOSYN II 15 % .....	102
ALIQOPA .....	83	AMINOSYN II 7 % .....	102
aliskiren .....	17	AMINOSYN II 8.5 % .....	102
all day allergy (cetirizine) .....	117	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES .....	102
all day pain relief .....	117	AMINOSYN M 3.5 % .....	102
all day relief .....	118	AMINOSYN 10 % .....	102
aller-g-time .....	118	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES .....	102
allergy (diphenhydramine) .....	118	AMINOSYN 8.5 % .....	102
allergy relief (cetirizine) .....	118	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES .....	102
allergy relief (loratadine) .....	118	AMINOSYN-PF 10 % .....	102
allergy relief(diphenhydramin) .....	118	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) .....	102
allopurinol .....	15	AMINOSYN-RF 5.2 % .....	102
almacone-2 .....	118	amiodarone .....	18
ALPHAGAN P .....	50	amitriptyline .....	77
alprazolam .....	67	amlodipine .....	18
altavera (28) .....	34	amlodipine-benazepril .....	18
alum-mag hydroxide-simeth .....	118	amlodipine-valsartan .....	18
aluminum hydroxide gel .....	118	ammonium lactate .....	29
ALUNBRIG .....	83	amnesteem .....	29
alyacen 1/35 (28) .....	34	amoxapine .....	77
alyacen 7/7/7 (28) .....	34	amoxicillin .....	68
alyq .....	112	amoxicillin-pot clavulanate .....	69
amabelz .....	34	amphotericin b .....	80
amantadine hcl .....	16	amphotericin b liposome .....	80
AMBISOME .....	80	ampicillin .....	69
ambrisentan .....	112	ampicillin sodium .....	69
amiloride .....	17	ampicillin-sulbactam .....	69
amiloride-hydrochlorothiazide .....	17	anagrelide .....	107
aminocaproic acid .....	107	anastrozole .....	83
aminophylline .....	112	antacid .....	118

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](http://Humana.com).



antacid (calcium carbonate) .....	118	ASPARLAS .....	83
antacid anti-gas .....	118	aspirin .....	118, 119
antacid ext (mag carb-al hyd) .....	118	aspirin-dipyridamole .....	107
antacid ext str (calcium carb) .....	118	aspirin, buffd-calcium carb-mag .....	119
antacid extra-strength .....	118	ASSURE ID DUO-SHIELD .....	53
antacid maximum strength .....	118	ASSURE ID INSULIN SAFETY .....	53
antacid plus anti-gas .....	118	ASSURE ID PEN NEEDLE .....	53
antacid regular strength .....	118	ASSURE ID PRO PEN NEEDLE .....	53
antacid-antigas .....	118	atazanavir .....	98
antacid-simethicone .....	118	atenolol .....	18
anti-diarrheal (loperamide) .....	118	atenolol-chlorthalidone .....	18
anti-nausea .....	118	atomoxetine .....	26
apraclonidine .....	50	atorvastatin .....	18
aprepitant .....	79	atovaquone .....	94
APRETUDE .....	98	atovaquone-proguanil .....	94
apri .....	34	atropine .....	50
APTIOM .....	73	ATROPINE SULFATE (PF) .....	50
APTIVUS .....	98	ATROVENT HFA .....	113
AQINJECT PEN NEEDLE .....	53	aubra .....	34
aranelle (28) .....	34	aubra eq .....	34
ARCALYST .....	44	aurovela fe 1.5/30 (28) .....	34
AREXVY (PF) .....	44	aurovela fe 1-20 (28) .....	34
arformoterol .....	112	aurovela 1.5/30 (21) .....	34
ariPIPRAZOLE .....	95	aurovela 1/20 (21) .....	34
ARISTADA .....	95	aurovela 24 fe .....	34
ARISTADA INITIO .....	95	AUSTEDO .....	26
ARMOUR THYROID .....	42	AUSTEDO XR .....	26
ARNUITY ELLIPTA .....	113	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	26
ARRANON .....	83	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE .....	53
arsenic trioxide .....	83	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS .....	53
asenapine maleate .....	95	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS .....	54

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](http://Humana.com).



AUVELITY	77	BD INSULIN SYRINGE U-500	54
AUVI-Q	113	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	54
aviane	34	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	54
ayuna	34	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	54
AYVAKIT	83	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	54
azacitidine	83	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	54
azathioprine	44	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	54
azelastine	50, 113	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	54
azithromycin	69	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	54
aztreonam	69	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	54
azurette (28)	34	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	54
<b>B</b>		BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	54
bacitracin	50, 69	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	54
bacitracin-polymyxin b	50	BELEODAQ	83
baclofen	15	BELSOMRA	52
bal-care dha	102	benazepril	18
balsalazide	25	benazepril-hydrochlorothiazide	18
BALVERSA	83	bendamustine	83
BAND-AID GAUZE PADS	54	BENDEKA	83
banophen	119	BENLYSTA	44
BAQSIMI	109	benztropine	16
BARACLUDE	98	BESONPASA	83
BAVENCIO	83	betaine	115
BCG VACCINE, LIVE (PF)	44	betamethasone dipropionate	29
BD ALCOHOL SWABS	54	betamethasone valerate	29
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	54	betamethasone, augmented	29
BD ECLIPSE LUER-LOK	54	BETASERON	26
BD INSULIN SYRINGE	54	betaxolol	50
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	54	bethanechol chloride	33
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	54	bexarotene	83
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	54	BEXSERO	44

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](http://Humana.com).



bicalutamide .....	83	buprenorphine .....	65
BICILLIN C-R .....	69	buprenorphine hcl .....	25
BICILLIN L-A .....	69	buprenorphine-naloxone .....	26
BICNU .....	83	buproprion hcl .....	77
BIKTARVY .....	98	buproprion hcl (smoking deter) .....	26
bisacodyl .....	119	buspirone .....	67
bismatrol .....	119	busulfan .....	84
bismuth subcit k-metronidz-tcn .....	31	BUSULFEX .....	84
bismuth subsalicylate .....	119	butalbital-acetaminophen-caff .....	54
bisoprolol fumarate .....	18		<b>C</b>
bisoprolol-hydrochlorothiazide .....	18	c-nate dha .....	102
BLENREP .....	83	CABENUVA .....	98
bleomycin .....	83	cabergoline .....	42
blisovi fe 1.5/30 (28) .....	34	CABLIVI .....	107
blisovi fe 1/20 (28) .....	34	CABOMETYX .....	84
blisovi 24 fe .....	34	cal-gest antacid .....	119
BOOSTRIX TDAP .....	44	calcipotriene .....	29
BORDERED GAUZE .....	54	calcitonin (salmon) .....	24
BORTEZOMIB .....	83	calcitriol .....	24
BOSULIF .....	83, 84	calcium acetate(phosphat bind) .....	102
BRAFTOVI .....	84	calcium antacid .....	119
BREO ELLIPTA .....	113	calcium carbonate .....	119
BREZTRI AEROSPHERE .....	113	CALQUENCE .....	84
BRILINTA .....	107	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	84
brimonidine .....	50	camila .....	34
BRIVIACT .....	74	camrese lo .....	34
bromocriptine .....	16	CAMZYOS .....	18
BROVANA .....	113	candesartan .....	18
BRUKINSA .....	84	candesartan-hydrochlorothiazid .....	18
budesonide .....	25, 113	CAPLYTA .....	95
bumetanide .....	18	CAPRELSA .....	84

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](http://Humana.com).



captopril .....	18	cefprozil .....	70
captopril-hydrochlorothiazide .....	18	ceftazidime .....	70
carbamazepine .....	74	ceftazidime in d5w .....	70
carbidopa-levodopa .....	17	ceftriaxone .....	70
carbidopa-levodopa-entacapone .....	17	cefuroxime axetil .....	70
carboplatin .....	84	cefuroxime sodium .....	70
CAREFINE PEN NEEDLE .....	55	CELLCEPT .....	44
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	55	CELLCEPT INTRAVENOUS .....	44
CARETOUCH INSULIN SYRINGE .....	55	CELONTIN .....	74
CARETOUCH PEN NEEDLE .....	55	cephalexin .....	70
carglumic acid .....	102	CERDELGA .....	115
carisoprodol .....	112	CEREZYME .....	116
carmustine .....	84	cetirizine .....	113, 119
carteolol .....	50	chateal eq (28) .....	34
cartia xt .....	18	CHEMET .....	102
carvedilol .....	18	CHENODAL .....	31
caspofungin .....	80	CHEST CONGESTION RELIEF .....	119
CAYSTON .....	113	chest congestion relief dm .....	119
caziant (28) .....	34	child allergy rlef(cetirizine) .....	119
cefaclor .....	69	child's all day allergy(cetir) .....	119
cefadroxil .....	69	children's acetaminophen .....	119
cefazolin .....	69	children's allergy (diphenhyd) .....	119
cefazolin in dextrose (iso-os) .....	69	children's allergy relief(lor) .....	119
cefdinir .....	69	children's allergy(cetirizine) .....	119
cefepime .....	69	children's aspirin .....	119
cefixime .....	69	children's cetirizine .....	119
cefotaxime .....	69	children's diphenhydramine .....	119
cefotetan .....	69	children's loratadine .....	119
cefoxitin .....	70	children's mapap .....	119
cefoxitin in dextrose, iso-osm .....	70	children's pain relief .....	119
cefpodoxime .....	70	children's pain reliever .....	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](http://Humana.com).



children's pain-fever relief .....	120	clindamycin in 0.9 % sod chlor .....	70
chloramphenicol sod succinate .....	70	clindamycin in 5 % dextrose .....	70
chlorhexidine gluconate .....	28	clindamycin palmitate hcl .....	70
chloroquine phosphate .....	94	clindamycin pediatric .....	70
chlorothiazide sodium .....	18	clindamycin phosphate .....	29, 70
chlorpromazine .....	95	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE .....	103
chlorthalidone .....	19	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE .....	103
chocolate laxative .....	120	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE .....	103
CHOLBAM .....	116	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE .....	103
cholestyramine (with sugar) .....	19	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE .....	103
cholestyramine light .....	19	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE .....	103
cholestyramine-aspartame .....	19	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....	102
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN .....	40	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....	103
cyclodan .....	80	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) .....	103
ciclopirox .....	80	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....	102
cilostazol .....	107	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....	103
CIMDUO .....	98	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) .....	103
cimetidine .....	31	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) .....	103
cimetidine hcl .....	31	CLINOLIPID .....	103
cinacalcet .....	24	clobazam .....	74
ciprofloxacin hcl .....	50, 70	clobetasol .....	29
ciprofloxacin in 5 % dextrose .....	70	clobetasol-emollient .....	29
cisplatin .....	84	clofarabine .....	84
citalopram .....	77	CLOLAR .....	84
cladribine .....	84	clomipramine .....	77
claravis .....	29	clonazepam .....	67, 68
clarithromycin .....	70	clonidine .....	19
clearlax .....	120	clonidine hcl .....	19
CLENPIQ .....	31	clopidogrel .....	107
CLICKFINE PEN NEEDLE .....	55	clorazepate dipotassium .....	68
clindamycin hcl .....	70	clotrimazole .....	80, 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](http://Humana.com).



clotrimazole-betamethasone .....	80	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	45
clotrimazole-3 .....	120	COSENTYX UNOREADY PEN .....	45
clozapine .....	95	COSMEGEN .....	84
COARTEM .....	94	COTELLIC .....	84
COLACE .....	120	cough syrup dm .....	120
COLACE CLEAR .....	120	CREON .....	116
COLACE 2-IN-1 .....	120	cromolyn .....	50, 113
colchicine .....	15	cryselle (28) .....	34
colestipol .....	19	CRYSVITA .....	116
colistin (colistimethate na) .....	71	CURITY ALCOHOL SWABS .....	55
COLUMVI .....	84	CURITY GAUZE .....	55
COMBIGAN .....	50	cyclafem 1/35 (28) .....	34
COMBIPATCH .....	34	cyclafem 7/7/7 (28) .....	34
COMBIVENT RESPIMAT .....	113	cyclobenzaprine .....	112
COMETRIQ .....	84	cyclophosphamide .....	84
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE .....	55	cycloserine .....	82
COMFORT EZ PEN NEEDLES .....	55	cyclosporine .....	45
COMFORT EZ PRO SAFETY PEN NDL .....	55	cyclosporine modified .....	45
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE .....	55	CYLTEZO(CF) .....	45
COMPLERA .....	98	CYLTEZO(CF) PEN .....	45
complete allergy .....	120	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS .....	45
complete allergy medicine .....	120	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV .....	45
complete natal dha .....	103	cyproheptadine .....	113
compro .....	79	CYRAMZA .....	84
constulose .....	31	cyred .....	34
COPAXONE .....	26, 27	cyred eq .....	34
COPIKTRA .....	84	CYSTAGON .....	116
CORLANOR .....	19	CYSTARAN .....	50
COSENTYX .....	44	cytarabine .....	84
COSENTYX (2 SYRINGES) .....	45	cytarabine (pf) .....	84
COSENTYX PEN .....	45		D

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](http://Humana.com).



dacarbazine .....	84	desogestrel-ethinyl estradiol .....	35
dactinomycin .....	84	desvenlafaxine succinate.....	77
dalfampridine.....	27	dexamethasone .....	40
DALIRESP .....	113	dexamethasone intensol .....	40
danazol .....	34	dexamethasone sodium phos (pf) .....	40, 41
dantrolene .....	15	dexamethasone sodium phosphate .....	41, 50
DANYELZA .....	85	dexmethylphenidate .....	27
dapsone .....	82	dexrazoxane hcl .....	85
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....	45	dextroamphetamine sulfate .....	27
daptomycin .....	71	dextroamphetamine-amphetamine .....	27
daptomycin in 0.9 % sod chlor .....	71	dextromethorphan-guaifenesin .....	120
darunavir ethanolate .....	98	dextrose 10 % and 0.2 % nacl .....	103
DARZALEX .....	85	dextrose 10 % in water (d10w) .....	103
DARZALEX FASPRO .....	85	dextrose 5 % in water (d5w) .....	103
dasetta 1/35 (28) .....	35	dextrose 5%-0.2 % sod chloride .....	103
dasetta 7/7/7 (28) .....	35	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride .....	103
daunorubicin .....	85	DIACOMIT .....	74
DAURISMO .....	85	diazepam .....	68, 74
deblitane .....	35	diazepam intensol .....	68
decitabine .....	85	diazoxide .....	109
deferasirox .....	103	diclofenac sodium .....	50, 65
DELSTRIGO .....	98	dicloxacillin .....	71
demeclocycline .....	71	dicyclomine .....	31
DEMSER .....	19	didanosine .....	98
DENGVAXIA (PF) .....	45	DIFICID .....	71
DEPO-ESTRADIOL .....	35	difluprednate .....	50
DERMACEA .....	55	digitek .....	19
DESCOVY .....	98	digox .....	19
desipramine .....	77	digoxin .....	19
desmopressin .....	40	dihydroergotamine .....	15, 16
desog-e.estradiol/e.estradiol .....	35	DILANTIN INFATABS .....	74

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](http://Humana.com).



DILANTIN-125 .....	74	doxorubicin .....	85
dilt-xr .....	19	doxorubicin, peg-liposomal .....	85
diltiazem hcl .....	19	doxy-100 .....	71
dimethyl fumarate .....	27	doxycycline hydrate .....	71
diphedryl .....	120	doxycycline monohydrate .....	71
DIPHENHIST .....	120	driminate .....	120
diphenhydramine hcl .....	113, 120	DRISDOL .....	116
diphenoxylate-atropine .....	31	DRIZALMA SPRINKLE .....	77
dipyridamole .....	107	dronabinol .....	79
disulfiram .....	26	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) .....	55
DIURIL .....	19	DROPLET INSULIN SYRINGE .....	56
divalproex .....	74	DROPLET MICRON PEN NEEDLE .....	56
DOCEFREZ .....	85	DROPLET PEN NEEDLE .....	56
docetaxel .....	85	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....	56
docu .....	120	DROPSAFE INSULIN SYRINGE .....	56
docusate calcium .....	120	DROPSAFE PEN NEEDLE .....	56
docusate sodium .....	120	drospirenone-ethynodiol .....	35
docusol .....	120	DROXIA .....	56
DOCUSOL KIDS .....	120	DUAVEE .....	35
DOCUSOL PLUS .....	120	duloxetine .....	77
dofetilide .....	19	DUPIXENT PEN .....	45
DOJOLVI .....	55	DUPIXENT SYRINGE .....	45
dok .....	120	DUREZOL .....	50
donepezil .....	14	dutasteride .....	33
dorzolamide .....	50	dutasteride-tamsulosin .....	33
dorzolamide-timolol .....	50	d10 %-0.45 % sodium chloride .....	103
dotti .....	35	d2.5 %-0.45 % sodium chloride .....	103
DOVATO .....	98	d5 % and 0.9 % sodium chloride .....	103
doxazosin .....	19	d5 %-0.45 % sodium chloride .....	103
doxepin .....	68		<b>E</b>
doxercalciferol .....	24	EASY COMFORT ALCOHOL PAD .....	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](http://Humana.com).



EASY COMFORT INSULIN SYRINGE .....	56	ELMIRON .....	33
EASY COMFORT PEN NEEDLES .....	56	ELREXFIO .....	85
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE.....	56	ELZONRIS .....	85
EASY GLIDE PEN NEEDLE .....	56	EMBRACE PEN NEEDLE .....	57
EASY TOUCH .....	56	EMCYT .....	85
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS .....	56	EMGALITY PEN .....	16
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN .....	56	EMGALITY SYRINGE .....	16
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR .....	57	emoquette .....	35
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE .....	57	EMPLICITI .....	85
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN .....	57	EMSAM .....	77
EASY TOUCH PEN NEEDLE .....	57	emtricitabine .....	99
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE .....	57	emtricitabine-tenofovir (tdf) .....	99
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN .....	57	EMTRIVA .....	99
EASY TOUCH UNI-SLIP .....	57	enalapril maleate .....	19
ec-naproxen .....	65	enalapril-hydrochlorothiazide .....	19
econtra ez .....	120	ENBREL .....	45
econtra one-step .....	120	ENBREL MINI .....	45
ed-apap .....	120	ENBREL SURECLICK .....	45
EDURANT .....	98	endocet .....	65
efavirenz .....	98	enema .....	120
efavirenz-emtricitabin-tenofov .....	98	enema disposable .....	120
efavirenz-lamivu-tenofov disop .....	98	ENEMEEZ .....	121
EGRIFTA SV .....	40	ENEMEEZ PLUS .....	121
electrolyte-a .....	103	ENGERIX-B (PF) .....	45
electrolyte-148 .....	103	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....	45
electrolyte-48 in d5w .....	103	ENHERTU .....	85
EELYSO .....	116	enoxaparin .....	107
elinest .....	35	enpresse .....	35
ELIQUIS.....	107	enskyce .....	35
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	107	entacapone .....	17
ELLA .....	35	entecavir .....	99

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](http://Humana.com).



ENTRESTO .....	19	ethosuximide .....	74
enulose .....	31	ethynodiol diac-eth estradiol .....	35
ENVARSUS XR .....	45	etodolac .....	65
EPCLUSA .....	99	ETOPOPHOS .....	85
EPIDIOLEX .....	74	etoposide .....	85
epinephrine .....	113	etravirine .....	99
epirubicin .....	85	EULEXIN .....	85
epitol .....	74	EUTHYROX .....	42
EPIVIR HBV .....	99	everolimus (antineoplastic) .....	85, 86
EPKINLY .....	85	everolimus (immunosuppressive) .....	45, 46
EPRONTIA .....	16	EVOMELA .....	86
ERBITUX .....	85	EVOTAZ .....	99
ergocalciferol (vitamin d2) .....	116, 121	EXEL INSULIN .....	57
ergotamine-caffeine .....	16	exemestane .....	86
ERIVEDGE .....	85	EXKIVITY .....	86
ERLEADA .....	85	EYSUVIS .....	50
erlotinib .....	85	ezetimibe .....	20
errin .....	35		<b>F</b>
ertapenem .....	71	falmina (28) .....	35
ery pads .....	29	famciclovir .....	99
ERYTHROCIN .....	71	famotidine .....	32, 121
erythromycin .....	50, 71	famotidine (pf) .....	32
erythromycin lactobionate .....	71	famotidine (pf)-nacl (iso-os) .....	32
erythromycin with ethanol .....	29	FANAPT .....	95
escitalopram oxalate .....	78	FASENRA PEN .....	113
esomeprazole magnesium .....	31	felbamate .....	74
estradiol .....	35	felodipine .....	20
estradiol valerate .....	35	femynor .....	35
estradiol-norethindrone acet .....	35	fenofibrate .....	20
ethacrynone sodium .....	19	fenofibrate micronized .....	20
ethambutol .....	82	fenofibrate nanocrystallized .....	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](http://Humana.com).



fentanyl .....	65	flucytosine .....	81
fentanyl citrate .....	65	fludarabine .....	86
fentanyl citrate (pf) .....	65	fludrocortisone .....	41
fesoterodine .....	33	flunisolide .....	113
FETZIMA .....	78	fluocinolone .....	29, 30
FEVERALL .....	121	fluocinolone acetonide oil .....	14
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....	109	fluocinolone and shower cap .....	30
FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....	109	fluorometholone .....	50
FIASP U-100 INSULIN .....	109	fluorouracil .....	30, 86
fiber (calcium polycarbophil) .....	121	fluoxetine .....	78
fiber laxative (ca polycarbo) .....	121	fluphenazine decanoate .....	95
fiber laxative(methylcellulos) .....	121	fluphenazine hcl .....	95
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) .....	121	flurbiprofen .....	65
fiber therapy (m-cellulose) .....	121	flurbiprofen sodium .....	50
fiber-lax .....	121	flutamide .....	86
finasteride .....	33	fluticasone propion-salmeterol .....	113, 114
fingolimod .....	27	fluticasone propionate .....	30, 114
FINTEPLA .....	74	fluvastatin .....	20
FIRDAPSE .....	27	fluvoxamine .....	78
FIRMAGON .....	42	FOLOTYN .....	86
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	42	formoterol fumarate .....	114
flecainide .....	20	FORTEO .....	24
FLEET ENEMA .....	121	fosamprenavir .....	99
fleet glycerin (adult) .....	121	fosinopril .....	20
fleet glycerin (child) .....	121	fosinopril-hydrochlorothiazide .....	20
FLEET GLYCERIN LAXATIVE .....	121	fosphenytoin .....	74
FLEET PEDIATRIC .....	121	FOTIVDA .....	86
FLOVENT DISKUS .....	113	FREESTYLE PRECISION .....	57
FLOVENT HFA .....	113	FRUZAQLA .....	86
fluconazole .....	81	FULPHILA .....	107
fluconazole in nacl (iso-osm) .....	81	fulvestrant .....	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](http://Humana.com).



furosemide .....	20	glatiramer .....	27
FUZEON .....	99	glatopa .....	27
FYARRO .....	86	GLEOSTINE .....	86
FYCOMPA .....	74	glimepiride .....	109
	<b>G</b>	glipizide .....	109
gabapentin .....	74, 75	glipizide-metformin .....	109
galantamine .....	14	GLUCAGEN HYPOKIT .....	109
GAMUNEX-C .....	46	glyburide .....	109
GARDASIL 9 (PF) .....	46	glyburide micronized .....	109
GATTEX ONE-VIAL .....	32	glyburide-metformin .....	109
GATTEX 30-VIAL .....	32	glycerin (adult) .....	121
GAUZE BANDAGE .....	57	glycerin (child) .....	121
GAUZE PAD .....	57	glycopyrrolate .....	32
gavilax .....	121	GLYXAMBI .....	109
gavilyte-c .....	32	granisetron (pf) .....	79
gavilyte-g .....	32	granisetron hcl .....	79
gavilyte-n .....	32	griseofulvin microsize .....	81
GAVRETO .....	86	griseofulvin ultramicrosize .....	81
GAZYVA .....	86	guaifenesin .....	121
gefitinib .....	86	guanfacine .....	20, 27
gemcitabine .....	86	GVOKE .....	109
gemfibrozil .....	20	GVOKE HYPOPEN 1-PACK .....	109
generlac .....	32	GVOKE HYPOPEN 2-PACK .....	109
gengraf .....	46	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE .....	109
gentak .....	50	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE .....	109
gentamicin .....	50, 71		<b>H</b>
gentamicin in nacl (iso-osm) .....	71	HAEGARDA .....	46
gentle laxative (bisacodyl) .....	121	hailey .....	35
GENVOYA .....	99	hailey fe 1.5/30 (28) .....	35
GILENYA .....	27	hailey fe 1/20 (28) .....	35
GILOTRIF .....	86	hailey 24 fe .....	35

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](http://Humana.com).



HALAVEN .....	86	hydrochlorothiazide .....	20
haloperidol .....	95	hydrocodone-acetaminophen .....	65
haloperidol decanoate .....	95	hydrocodone-ibuprofen .....	65
haloperidol lactate .....	96	hydrocortisone .....	25, 30
HARVONI .....	99	hydrocortisone-acetic acid .....	14
HAVRIX (PF) .....	46	hydromorphone .....	65
headache relief (asa-acet-caf) .....	121	hydroxychloroquine .....	94
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE .....	57	hydroxyurea .....	86
HEALTHWISE PEN NEEDLE .....	57	hydroxyzine hcl .....	68
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP .....	57	hydroxyzine pamoate .....	114
healthylax .....	121	HYFTOR .....	30
heartburn relief .....	121	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER .....	46
heartburn relief (famotidine) .....	121	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER .....	46
heather .....	35	HYRIMOZ(CF) .....	46
heparin (porcine) .....	107	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER .....	46, 47
heparin, porcine (pf) .....	107	HYRIMOZ(CF) PEN .....	47
HEPLISAV-B (PF) .....	46		I
HETLIOZ .....	52	ibandronate .....	24
HETLIOZ LQ .....	52	IBRANCE .....	86
HIBERIX (PF) .....	46	ibu .....	65
HUMIRA .....	46	ibu-200 .....	121
HUMIRA PEN .....	46	ibuprofen .....	65, 121
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START .....	46	ibuprofen ib .....	121
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS .....	46	icatibant .....	47
HUMIRA(CF) .....	46	iclevia .....	35
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER .....	46	ICLUSIG .....	86
HUMIRA(CF) PEN .....	46	idarubicin .....	86
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....	46	IDHIFA .....	86
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC .....	46	ifosfamide .....	86
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS .....	46	ILEVRO .....	50
hydralazine .....	20	imatinib .....	87

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](http://Humana.com).



IMBRUVICA .....	87	INSUPEN PEN NEEDLE .....	58
IMFINZI .....	87	INTELENCE .....	99
imipenem-cilastatin .....	71	INTRALIPID .....	103
imipramine hcl .....	78	INTRON A .....	47
imipramine pamoate .....	78	INVEGA HAFYERA .....	96
imiquimod .....	30	INVEGA SUSTENNA .....	96
IMJUDO .....	87	INVEGA TRINZA .....	96
IMLYGIC .....	87	INVIRASE .....	99
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....	47	INVOKAMET .....	109
INBRIJA .....	17	INVOKAMET XR .....	109
incassia .....	35	INVOKANA .....	109
INCONTROL ALCOHOL PADS .....	57	IONOSOL-B IN D5W .....	104
INCONTROL PEN NEEDLE .....	57	IONOSOL-MB IN D5W .....	104
INCRELEX .....	40	IPOL .....	47
indapamide .....	20	ipratropium bromide .....	114
indomethacin .....	66	ipratropium-albuterol .....	114
INFANRIX (DTAP) (PF) .....	47	irbesartan .....	20
infant pain reliever .....	121	irbesartan-hydrochlorothiazide .....	20
infant's acetaminophen .....	121	IRESSA .....	87
infants' pain and fever .....	121	irinotecan .....	87
infants' pain relief .....	121	ISENTRESS .....	99
INGREZZA .....	27	ISENTRESS HD .....	99
INGREZZA INITIATION PACK .....	27	isibloom .....	35
INLYTA .....	87	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....	104
INQOVI .....	87	ISOLYTE-S .....	104
INREBIC .....	87	isoniazid .....	82
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK .....	58	isosorbide dinitrate .....	20
INSULIN SYRINGE .....	58	isosorbide mononitrate .....	20
INSULIN SYRINGE MICROFINE .....	58	isotretinoin .....	30
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS .....	58	isradipine .....	21
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	58	ISTODAX .....	87

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](http://Humana.com).



itraconazole .....	81	KALYDECO .....	114
IV PREP WIPES .....	58	KANJINTI .....	87
ivermectin .....	94	kariva (28) .....	36
IXEMPRA .....	87	kelnor 1-50 (28) .....	36
IXIARO (PF) .....	47	kelnor 1/35 (28) .....	36
<b>J</b>			
		KERENDIA .....	21
JAKAFI .....	87	KESIMPTA PEN .....	27
jantoven .....	107	ketoconazole .....	81
JANUMET .....	109	ketorolac .....	50, 66
JANUMET XR .....	109, 110	KEVZARA .....	47
JANUVIA .....	110	KEYTRUDA .....	87
JARDIANCE .....	110	KIMMTRAK .....	87
jasmiel (28) .....	36	KINRIX (PF) .....	47
javygtor .....	116	KISQALI .....	87
JAYPIRCA .....	87	KISQALI FEMARA CO-PACK .....	87, 88
JEMPERLI .....	87	klayesta .....	81
jencycla .....	36	klor-con m10 .....	104
JENTADUETO .....	110	KLOR-CON M15 .....	104
JENTADUETO XR .....	110	klor-con m20 .....	104
JEVTANA .....	87	KLOR-CON 10 .....	104
juleber .....	36	KLOR-CON 8 .....	104
JULUCA .....	99	KONSYL SUGAR-FREE .....	121, 122
junel fe 1.5/30 (28) .....	36	KORLYM .....	58
junel fe 1/20 (28) .....	36	KOSELUGO .....	88
junel fe 24 .....	36	kourzeq .....	28
junel 1.5/30 (21) .....	36	KRAZATI .....	88
junel 1/20 (21) .....	36	KRINTAFEL .....	94
<b>K</b>			
		kurvelo (28) .....	36
KABIVEN .....	104	KYNMOBI .....	17
KADCYLA .....	87	KYPROLIS .....	88
kalliga .....	36		<b>L</b>

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](http://Humana.com).



Inorgest/e.estriadiol-e.estrad	36	letrozole	88
labetalol	21	leucovorin calcium	88
lacosamide	75	LEUKERAN	88
lactated ringers	58, 104	leuprolide	42
lactulose	32	leuprolide (3 month)	42
LAGEVRIO (EUA)	58	LEVEMIR FLEXPEN	110
lamivudine	99	LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN	110
lamivudine-zidovudine	100	LEVEMIR U-100 INSULIN	110
lamotrigine	75	levetiracetam	75
LAMPIT	94	levetiracetam in nacl (iso-os)	75
lanreotide	42	LEVO-T	42
lansoprazole	32	levobunolol	51
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	110	levocarnitine	104
LANTUS U-100 INSULIN	110	levocarnitine (with sugar)	104
lapatinib	88	levocetirizine	114
larin fe 1.5/30 (28)	36	levofloxacin	71
larin fe 1/20 (28)	36	levofloxacin in d5w	71
larin 1.5/30 (21)	36	levoleucovorin calcium	88
larin 1/20 (21)	36	levonest (28)	36
larin 24 fe	36	levonorg-eth estrad triphasic	36
larissa	36	levonorgestrel	122
latanoprost	50	levonorgestrel-ethynodiol dihydrodiene	36
LATUDA	96	levora-28	36
laxative (bisacodyl)	122	levothyroxine	42
laxative (sennosides)	122	LEVOXYL	42
ledipasvir-sofosbuvir	100	LEXIVA	100
leena 28	36	LIBTAYO	88
leflunomide	47	lidocaine	67
lenalidomide	88	lidocaine hcl	67
LENVIMA	88	lidocaine viscous	67
lessina	36	lidocaine-prilocaine	67

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](http://Humana.com).



lillow (28) .....	36	lovastatin .....	21
lincomycin .....	71	low-ogestrel (28) .....	37
lindane .....	30	loxapine succinate .....	96
linezolid .....	71, 72	LUMAKRAS .....	88
linezolid in dextrose 5% .....	72	LUMIGAN .....	51
linezolid-0.9% sodium chloride .....	72	LUMOXITI .....	88
LINZESS .....	32	LUNSUMIO .....	88
liothyronine .....	42	LUPRON DEPOT .....	42, 43
lisinopril .....	21	LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....	43
lisinopril-hydrochlorothiazide .....	21	LUPRON DEPOT (4 MONTH) .....	43
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES .....	58	LUPRON DEPOT (6 MONTH) .....	43
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE .....	58	LUPRON DEPOT-PED .....	43
lithium carbonate .....	52	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) .....	43
lithium citrate .....	52	lurasidone .....	96
LITHOSTAT .....	58	lutera (28) .....	37
lo-zumandimine (28) .....	36	LYBALVI .....	96
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) .....	36	lyeq .....	37
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) .....	37	lyllana .....	37
LOESTRIN 1.5/30 (21) .....	36	LYNPARZA .....	88
LOESTRIN 1/20 (21) .....	36	LYSODREN .....	43
lojaimiess .....	37	LYTGOBI .....	88
LONSURF .....	88	lyza .....	37
loperamide .....	32, 122		<b>M</b>
lopinavir-ritonavir .....	100	m-dryl .....	122
loratadine .....	122	M-M-R II (PF) .....	47
lorazepam .....	68	m-natal plus .....	104
lorazepam intensol .....	68	m-pap .....	122
LORBRENA .....	88	mag-al plus .....	122
loryna (28) .....	37	mag-al plus extra strength .....	122
losartan .....	21	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG .....	58
losartan-hydrochlorothiazide .....	21	MAGELLAN SYRINGE .....	59

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](http://Humana.com).



magnesium hydroxide .....	122	meropenem-0.9% sodium chloride .....	72
magnesium oxide .....	122	mesalamine .....	25
magnesium sulfate .....	104	MESNEX .....	89
magnesium sulfate in d5w .....	104	metformin .....	110
malathion .....	30	methadone .....	66
maraviroc .....	100	methazolamide .....	21
MARGENZA .....	88	methenamine hippurate .....	72
marlissa (28) .....	37	methimazole .....	44
MARPLAN .....	78	methocarbamol .....	112
MATULANE .....	89	methotrexate sodium .....	47
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE .....	59	methotrexate sodium (pf) .....	47
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE .....	59	methoxsalen .....	30
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE .....	59	methsuximide .....	75
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	59	methyldopa .....	21
meclizine .....	79, 122	methyldopa-hydrochlorothiazide .....	21
medroxyprogesterone .....	37	methylphenidate hcl .....	27
mefloquine .....	94	methylprednisolone .....	41
megestrol .....	37	methylprednisolone acetate .....	41
MEKINIST .....	89	methylprednisolone sodium succ .....	41
MEKTOVI .....	89	metoclopramide hcl .....	79
meloxicam .....	66	metolazone .....	21
melphalan .....	89	metoprolol succinate .....	21
melphalan hcl .....	89	metoprolol ta-hydrochlorothiaz .....	21
memantine .....	14	metoprolol tartrate .....	21
MENACTRA (PF) .....	47	metronidazole .....	72
MENEST .....	37	metronidazole in nacl (iso-os) .....	72
MENQUADFI (PF) .....	47	metyrosine .....	21
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	47	miconazole nitrate .....	122
MEPHYTON .....	116	miconazole-3 .....	81, 122
mercaptopurine .....	89	miconazole-7 .....	122
meropenem .....	72	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE .....	59

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](http://Humana.com).



microgestin fe 1.5/30 (28) .....	37	MONOJECT SYRINGE .....	59
microgestin fe 1/20 (28) .....	37	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN .....	59
microgestin 1.5/30 (21) .....	37	montelukast .....	114
microgestin 1/20 (21) .....	37	morphine .....	66
microgestin 24 fe .....	37	morphine concentrate .....	66
midodrine .....	21	motion sickness .....	122
migraine formula .....	122	motion sickness (meclizine) .....	122
migraine relief .....	122	motion sickness relief .....	122
milli .....	37	motion sickness relief(mecliz) .....	122
milk of magnesia .....	122	motion-time .....	122
mimvey .....	37	MOUNJARO .....	110
MINI ULTRA-THIN II .....	59	MOVANTIK .....	32
minocycline .....	72	moxifloxacin .....	51, 72
minoxidil .....	21	MOZOBIL .....	107
mintox maximum strength .....	122	MUCINEX .....	123
mintox plus .....	122	MUCINEX DM .....	123
MIRCETTE (28) .....	37	mucinex fast-max chest-congest .....	123
mirtazapine .....	78	mucus dm .....	123
misoprostol .....	32	mucus dm max er .....	123
MITIGARE .....	15	mucus relief er .....	123
mitomycin .....	89	MUCUS-CHEST CONGESTION .....	123
mitoxantrone .....	89	mucus-er max .....	123
modafinil .....	52	MULTAQ .....	21
moexipril .....	21	mupirocin .....	30
molindone .....	96	MUTAMYCIN .....	89
mometasone .....	30	MVASI .....	89
monodoxine nl .....	72	my choice .....	123
MONJUVI .....	47	my way .....	123
mono-linyah .....	37	MYALEPT .....	32
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING .....	59	mycophenolate mofetil .....	47
MONOJECT INSULIN SYRINGE .....	59	mycophenolate mofetil (hcl) .....	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](http://Humana.com).



mycophenolate sodium .....	47	neomycin-bacitracin-poly-hc .....	51
MYFORTIC .....	47	neomycin-bacitracin-polymyxin .....	51
MYLOTARG .....	89	neomycin-polymyxin b-dexameth .....	51
myorisan .....	30	neomycin-polymyxin-gramicidin .....	51
MYRBETRIQ .....	33	neomycin-polymyxin-hc .....	14, 51
<b>N</b>			
		NEONATAL COMPLETE .....	104
nabumetone .....	66	NEONATAL PLUS VITAMIN .....	104
nafcillin .....	72	NEONATAL-DHA .....	104
nafcillin in dextrose iso-osm .....	72	NERLYNX .....	89
nalmefene .....	26	NEULASTA .....	107
naloxone .....	26	NEULASTA ONPRO .....	107
naltrexone .....	26	nevirapine .....	100
NAMZARIC .....	14	new day .....	123
naproxen .....	66	NEXLETOL .....	21
naproxen sodium .....	66, 123	NEXLIZET .....	21
naratriptan .....	16	niacin .....	21
nasal decongestant (pseudoeph) .....	123	niacor .....	22
NATACYN .....	51	nicotine .....	123
nateglinide .....	110	nicotine (polacrilex) .....	123
NATPARA .....	24	NICOTROL NS .....	26
natura-lax .....	123	nifedipine .....	22
nausea relief .....	123	nikki (28) .....	37
NAYZILAM .....	75	nilutamide .....	89
nebivolol .....	21	nimodipine .....	22
NEBUPENT .....	94	NINLARO .....	89
necon 0.5/35 (28) .....	37	nitazoxanide .....	94
nefazodone .....	78	nitisinone .....	116
nelarabine .....	89	nitrofurantoin macrocrystal .....	72
neo-polycin .....	51	nitrofurantoin monohyd/m-cryst .....	72
neo-polycin hc .....	51	nitroglycerin .....	22
neomycin .....	72	NITROSTAT .....	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](http://Humana.com).



NIVESTYM .....	107	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN .....	110
nizatidine .....	32	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 .....	110
non-aspirin pain relief .....	123	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....	110
nora-be .....	37	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART .....	111
noreth-ethinyl estradiol-iron .....	37	NOVOPEN ECHO .....	59
norethindrone (contraceptive) .....	37	NOVOTWIST .....	59
norethindrone ac-eth estradiol .....	37	NOXAFIL .....	81
norethindrone acetate .....	38	NUBEQA .....	89
norethindrone-e.estriadiol-iron .....	38	NUCALA .....	114
norgestimate-ethinyl estradiol .....	38	NUEDEXTA .....	27
norlyda .....	38	NUPLAZID .....	96
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE .....	104	NUTRILIPID .....	104
NORMOSOL-R .....	104	NUZYRA .....	72
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE .....	104	nyamyc .....	81
NORMOSOL-R PH 7.4 .....	104	nylia 1/35 (28) .....	38
nortrel 0.5/35 (28) .....	38	nylia 7/7/7 (28) .....	38
nortrel 1/35 (21) .....	38	nymyo .....	38
nortrel 1/35 (28) .....	38	nystatin .....	81
nortrel 7/7/7 (28) .....	38	nystatin-triamcinolone .....	81
nortriptyline .....	78	nystop .....	81
NORVIR .....	100		<b>0</b>
NOVOFINE AUTOCOVER .....	59	O-CAL PRENATAL .....	104
NOVOFINE PLUS .....	59	ocella .....	38
NOVOFINE 32 .....	59	octreotide acetate .....	43
NOVOLIN N FLEXPEN .....	110	ODEFSEY .....	100
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....	110	ODOMZO .....	89
NOVOLIN R FLEXPEN .....	110	OFEV .....	114
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN .....	110	ofloxacin .....	14, 51, 72
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....	110	OJJAARA .....	89
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....	110	olanzapine .....	96
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN .....	110	olmesartan .....	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](http://Humana.com).



olmesartan-hydrochlorothiazide .....	22	oxcarbazepine .....	75
olopatadine .....	51	oxybutynin chloride .....	33
omega-3 acid ethyl esters .....	22	oxycodone .....	66
omeprazole .....	32	oxycodone-acetaminophen .....	66
OMNITROPE .....	40	OZEMPIC .....	111
ONCASPAR .....	89		<b>P</b>
ondansetron .....	79	PACERONE .....	22
ondansetron hcl .....	79, 80	paclitaxel .....	89
ondansetron hcl (pf) .....	80	paclitaxel protein-bound .....	90
ONIVYDE .....	89	PADCEV .....	90
ONUREG .....	89	pain relief (acetaminophen) .....	123
opcicon one-step .....	123	pain relief es (acetaminophen) .....	123
OPDIVO .....	89	pain reliever (acetaminophen) .....	123
OPDUALAG .....	89	pain reliever es(acetaminophn) .....	123
OPSUMIT .....	114	pain reliever plus .....	123
option-2 .....	123	paliperidone .....	96
ORACIT .....	116	pamidronate .....	24
oralone .....	28	PANRETIN .....	90
ORBACTIV .....	72	pantoprazole .....	32
ORGOVYX .....	43	paraplatin .....	90
ORKAMBI .....	114	paricalcitol .....	25
ORSERDU .....	89	paroex oral rinse .....	28
orsythia .....	38	paromomycin .....	72
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) .....	38	paroxetine hcl .....	78
oseltamivir .....	100	PASER .....	82
OSPHENA .....	38	PAXIL .....	78
OTEZLA .....	30	PAXLOVID .....	59
OTEZLA STARTER .....	30	pazopanib .....	90
oxaliplatin .....	89	PEDIA-LAX .....	123
oxandrolone .....	38	pedia-lax stool softener .....	123
oxazepam .....	68	PEDIARIX (PF) .....	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](http://Humana.com).



PEDVAX HIB (PF) .....	47	phenobarbital .....	75
peg 3350-electrolytes .....	32	PHENYTEK .....	75
peg-electrolyte soln .....	32	phenytoin .....	75
PEGASYS .....	48	phenytoin sodium .....	75
PEMAZYRE .....	90	phenytoin sodium extended .....	76
pemetrexed .....	90	PHOSPHOLINE IODIDE .....	51
pemetrexed disodium .....	90	PHISIOLYTE .....	60
PEN NEEDLE .....	59	PHYSISOL IRRIGATION .....	60
PEN NEEDLE, DIABETIC .....	59	phytonadione (vitamin k1) .....	117
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY .....	60	PIFELTRO .....	100
penicillamine .....	104	pilocarpine hcl .....	28, 51
penicillin g potassium .....	72	pimecrolimus .....	30
penicillin g procaine .....	72	pimozide .....	96
penicillin g sodium .....	72	pimtrea (28) .....	38
penicillin v potassium .....	72	pinaway .....	123
PENTACEL (PF) .....	48	pink bismuth .....	123
PENTAM .....	94	pinworm treatment .....	123
pentamidine .....	94	pioglitazone .....	111
PENTIPS .....	60	PIP PEN NEEDLE .....	60
pentoxifylline .....	22	piperacillin-tazobactam .....	73
PERFOROMIST .....	114	PIQRAY .....	90
PERIKABIVEN .....	104	pirfenidone .....	114
perindopril erbumine .....	22	pirmella .....	38
periogard .....	28	piroxicam .....	67
PERJETA .....	90	PLASMA-LYTE A .....	104
permethrin .....	30	PLASMA-LYTE 148 .....	104
perphenazine .....	96	plerixafor .....	107
perphenazine-amitriptyline .....	78	podofilox .....	30
PERSERIS .....	96	POLIVY .....	90
pfizerpen-g .....	72	polycin .....	51
phenelzine .....	78	polyethylene glycol 3350 .....	124

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](http://Humana.com).



polymyxin b sulf-trimethoprim .....	51	prednisone .....	41
polymyxin b sulfate .....	73	prednisone intensol .....	41
POMALYST .....	90	pregabalin .....	27
portia 28 .....	38	PREHEVBARIO (PF) .....	48
PORTRAZZA .....	90	PREMARIN .....	38
posaconazole .....	81	PREMASOL 10 % .....	105
potassium chlorid-d5-0.45%nacl .....	104	PRENATA .....	105
potassium chloride .....	104, 105	PRENATABS FA .....	105
potassium chloride in lr-d5 .....	105	prenatal plus (calcium carb) .....	105
potassium chloride in water .....	105	prenatal plus vitamin-mineral .....	105
potassium chloride in 0.9%nacl .....	105	PRENATE ELITE .....	105
potassium chloride in 5 % dex .....	105	preplus .....	105
potassium chloride-d5-0.2%nacl .....	105	prevalite .....	22
potassium chloride-d5-0.3%nacl .....	105	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE .....	60
potassium chloride-d5-0.9%nacl .....	105	previfem .....	38
potassium chloride-0.45 % nacl .....	105	PREVYMIS .....	100
potassium citrate .....	105	PREZCOBIX .....	100
POTELIGEO .....	90	PREZISTA .....	100
pr natal 400 .....	105	PRIFTIN .....	82
pr natal 400 ec .....	105	primaquine .....	94
pr natal 430 .....	105	primidone .....	76
pr natal 430 ec .....	105	PRIMSOL .....	73
pralatrexate .....	90	PRIORIX (PF) .....	48
pramipexole .....	17	PRO COMFORT ALCOHOL PADS .....	60
prasugrel .....	107	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE .....	60
pravastatin .....	22	PRO COMFORT PEN NEEDLE .....	60
prazosin .....	22	probenecid .....	15
PRED-G .....	51	probenecid-colchicine .....	15
prednisolone .....	41	procainamide .....	22
prednisolone acetate .....	51	PROCALAMINE 3% .....	105
prednisolone sodium phosphate .....	41, 51	prochlorperazine .....	80

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](http://Humana.com).



prochlorperazine edisylate .....	80	pyrazinamide .....	82
prochlorperazine maleate .....	80	pyridostigmine bromide .....	15
PROCERIT .....	107, 108	pyridoxine (vitamin b6) .....	117
procto-med hc .....	30	PYRUKYND .....	108
proctosol hc .....	31		<b>Q</b>
proctozone-hc .....	31	QINLOCK .....	90
PRODIGY INSULIN SYRINGE .....	60	QUADRACEL (PF) .....	48
progesterone .....	38	quetiapine .....	96, 97
progesterone micronized .....	38	quinapril .....	22
PROGRAF .....	48	quinapril-hydrochlorothiazide .....	23
PROLASTIN-C .....	116	quinidine sulfate .....	23
PROLEUKIN .....	90	quinine sulfate .....	94
PROLIA .....	25	QULIPTA .....	16
PROMACTA .....	108		<b>R</b>
promethazine .....	80	RABAVERT (PF) .....	48
promethazine-codeine .....	117	raloxifene .....	38
promethazine-phenyleph-codeine .....	117	ramipril .....	23
propafenone .....	22	ranolazine .....	23
proparacaine .....	51	rasagiline .....	17
propranolol .....	22	RAYALDEE .....	25
propranolol-hydrochlorothiazid .....	22	ready-to-use enema .....	124
propylthiouracil .....	44	reclipsen (28) .....	38
PROQUAD (PF) .....	48	RECOMBIVAX HB (PF) .....	48
protriptyline .....	78	RECTIV .....	60
pseudoephedrine hcl .....	124	reese's pinworm medicine .....	124
PULMOZYME .....	114	REGRANEX .....	31
PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....	60	RELENZA DISKHALER .....	100
PURE COMFORT PEN NEEDLE .....	60	reno caps .....	124
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	60	repaglinide .....	111
PURIXAN .....	90	REPATHA PUSHTRONEX .....	23
PYLERA .....	32	REPATHA SURECLICK .....	23

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](http://Humana.com).



REPATHA SYRINGE .....	23	romidepsin .....	90
RESTASIS .....	51	ropinirole .....	17
RESTASIS MULTIDOSE .....	51	rosuvastatin .....	23
RETACRIT .....	108	ROTARIX .....	48
RETEVMO .....	90	ROTAQE VACCINE .....	48
RETROVIR .....	100	roweepra .....	76
REVCORI .....	116	roweepra xr .....	76
REXULTI .....	97	ROZLYTREK .....	90
REYATAZ .....	100	RUBRACA .....	90
REZLIDHIA .....	90	rufinamide .....	76
REZUROCK .....	48	RUKOBIA .....	101
RHOPRESSA .....	51	RUXIENCE .....	91
RIABNI .....	90	RUZURGI .....	28
ribavirin .....	60, 100	RYBELSUS .....	111
rifabutin .....	82	RYBREVANT .....	91
rifampin .....	82	RYDAPT .....	91
riluzole .....	28	RYLAZE .....	91
rimantadine .....	100		<b>S</b>
ringer's .....	60, 106	SAFESNAP INSULIN SYRINGE .....	60
RINVOQ .....	48	SAFETY PEN NEEDLE .....	60
risedronate .....	25	sajazir .....	48
RISPERDAL CONSTA .....	97	saline nasal .....	124
risperidone .....	97	SANCUSO .....	80
ritonavir .....	100	SANDIMMUNE .....	48
rivastigmine tartrate .....	14	SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	43
rizatriptan .....	16	SANTYL .....	31
robafen .....	124	sapropterin .....	116
robafen dm cough .....	124	SARCLISA .....	91
robafen dm cough-chest congest .....	124	SAVELLA .....	28
ROCKLATAN .....	51	saxagliptin .....	111
roflumilast .....	114	SCEMBLIX .....	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](http://Humana.com).



scopolamine base .....	80	silver sulfadiazine .....	31
se-natal 19 chewable .....	106	simliya (28) .....	38
SECUADO .....	97	SIMULECT .....	48
SECURESAFE INSULIN SYRINGE .....	60	simvastatin .....	23
SECURESAFE PEN NEEDLE .....	60	sirolimus .....	48
selegiline hcl .....	17	SIRTURO .....	82
SELZENTRY .....	101	SIVEXTRO .....	73
senexon-s .....	124	SKY SAFETY PEN NEEDLE .....	60
senna .....	124	SKYCLARYS .....	28
senna lax .....	124	SKYRIZI .....	48
senna laxative .....	124	SLYND .....	38
senna plus .....	124	SMOFLIPID .....	106
senna-s .....	124	sodium bicarbonate .....	106, 124
senna-time s .....	124	SODIUM BICARBONATE (BULK) .....	124
sennosides .....	124	sodium chloride .....	60, 106
sennosides-docusate sodium .....	124	sodium chloride 0.45 % .....	106
SENOKOT .....	124	sodium chloride 0.9 % .....	106
SENOKOT EXTRA STRENGTH .....	124	sodium chloride 3 % hypertonic .....	106
SENOKOT-S .....	124	sodium chloride 5 % hypertonic .....	106
sertraline .....	78	sodium citrate-citric acid .....	124
setlakin .....	38	sodium oxybate .....	52
sevelamer carbonate .....	106	sodium phenylbutyrate .....	116
sharobel .....	38	sodium polystyrene sulfonate .....	106
SHINGRIX (PF) .....	48	solifenacin .....	33
SIGNIFOR .....	43	SOLIQUA 100/33 .....	111
SILACE .....	124	SOLTAMOX .....	91
siladryl sa .....	124	SOLU-MEDROL .....	41
silapap .....	124	SOLU-MEDROL (PF) .....	41
sildenafil (pulm.hypertension) .....	115	SOMATULINE DEPOT .....	43
siltussin sa .....	124	SOMAVERT .....	43
siltussin-dm .....	124	sorafenib .....	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](http://Humana.com).



SORBITOL .....	125	subvenite starter (orange) kit .....	76
sorine.....	23	SUCRAID .....	116
sotalol .....	23	sucralfate .....	32
sotalol af .....	23	sudogest .....	125
SPIRIVA RESPIMAT .....	115	sulfacetamide sodium .....	51, 73
SPIRIVA WITH HANDIHALER .....	115	sulfacetamide-prednisolone .....	51
spironolacton-hydrochlorothiaz .....	23	sulfadiazine .....	73
spironolactone .....	23	sulfamethoxazole-trimethoprim .....	73
sprintec (28) .....	38	sulfasalazine .....	25
SPRITAM .....	76	sulindac .....	67
SPRYCEL .....	91	sumatriptan .....	16
SPS (WITH SORBITOL) .....	106	sumatriptan succinate .....	16
sronyx .....	39	sunitinib malate .....	91
SSD .....	31	SUNLENCA .....	101
stavudine .....	101	suphedrin .....	125
STELARA .....	48, 49	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS .....	60
stimulant laxative plus .....	125	SURE COMFORT INS. SYR. U-100 .....	60
STIOLTO RESPIMAT .....	115	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE .....	61
STIVARGA .....	91	SURE COMFORT PEN NEEDLE .....	61
stomach relief .....	125	SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	61
stool softener .....	125	SURE-FINE PEN NEEDLES .....	61
stool softener (docusate cal) .....	125	SURE-JECT INSULIN SYRINGE .....	61
stool softener-laxative .....	125	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	61
stool softener-stimulant laxat .....	125	syeda .....	39
STRENSIQ .....	116	SYLVANT .....	49
streptomycin .....	73	SYMBICORT .....	115
STRIBILD .....	101	SYMDEKO .....	115
STRIVERDI RESPIMAT .....	115	SYMFI .....	101
subvenite .....	76	SYMFILO .....	101
subvenite starter (blue) kit .....	76	SYMJEPI .....	115
subvenite starter (green) kit .....	76	SYMLINPEN 120 .....	111

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](http://Humana.com).



SYMLINPEN 60 .....	111	TECHLITE INSULIN SYRINGE .....	61
SYMPAZAN .....	76	TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) .....	61
SYMTUZA .....	101	TECHLITE PEN NEEDLE .....	61
SYNAREL .....	43	TECVAYLI .....	91
SYNERCID .....	73	TEFLARO .....	73
SYNJARDY .....	111	telmisartan .....	23
SYNJARDY XR .....	111	telmisartan-amlodipine .....	23
SYNRIBO .....	91	temazepam .....	52
SYNTHROID .....	42	TEMIXYS .....	101
	T	temsirolimus .....	91
TABLOID .....	91	TENIVAC (PF) .....	49
TABRECTA .....	91	tenofovir disoproxil fumarate .....	101
tacrolimus .....	31, 49	TEPMETKO .....	91
tadalafil (pulm. hypertension) .....	115	terazosin .....	23
TAFINLAR .....	91	terbinafine hcl .....	81
TAGRISSO .....	91	terconazole .....	81
TALVEY .....	91	teriflunomide .....	28
TALZENNA .....	91	TERUMO INSULIN SYRINGE .....	61
tamoxifen .....	91	testosterone .....	39
tamsulosin .....	33	testosterone cypionate .....	39
TARGETIN .....	91	testosterone enanthate .....	39
tarina fe 1-20 eq (28) .....	39	TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) .....	49
tarina fe 1/20 (28) .....	39	tetrabenazine .....	28
tarina 24 fe .....	39	THALOMID .....	91, 92
TASIGNA .....	91	theophylline .....	115
tasimelteon .....	52	thiamine hcl (vitamin b1) .....	117
tazarotene .....	31	THINPRO INSULIN SYRINGE .....	61
taztia xt .....	23	thioridazine .....	97
TAZVERIK .....	91	thiotepa .....	92
TDVAX .....	49	thiothixene .....	97
TECENTRIQ .....	91	tiadylt er .....	23

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](http://Humana.com).



tiagabine	76	tramadol-acetaminophen	67
TIBSOVO	92	trandolapril	23
TICOVAC	49	tranexamic acid	108
tigecycline	73	tranylcypromine	78
tilia fe	39	TRAVASOL 10 %	106
timolol maleate	23, 51, 52	travoprost	52
timolol maleate (pf)	52	TRAZIMERA	92
tinidazole	73	trazodone	79
tioconazole	125	TREANDA	92
tioconazole-1	125	TRECATOR	82
tiopronin	33	TRELEGY ELLIPTA	115
TIVDAK	92	TRELSTAR	43
TIVICAY	101	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	111
TIVICAY PD	101	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	111
tizanidine	15	TRESIBA U-100 INSULIN	111
tobramycin	52, 73	tretinoin	31
tobramycin sulfate	73	tretinoin (antineoplastic)	92
tobramycin with nebulizer	73	tri-femynor	39
tobramycin-dexamethasone	52	tri-buffered aspirin	125
tolterodine	33	tri-legest fe	39
TOPCARE CLICKFINE	61	tri-linyah	39
TOPCARE ULTRA COMFORT	62	tri-lo-estarylla	39
topiramate	16	tri-lo-marzia	39
topotecan	92	tri-lo-mili	39
toremifene	92	tri-lo-sprintec	39
torsemide	23	tri-mili	39
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	111	tri-nymyo	39
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	111	tri-previfem (28)	39
TPN ELECTROLYTES	106	tri-sprintec (28)	39
TRADJENTA	111	tri-vylibra	39
tramadol	67	tri-vylibra lo	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](http://Humana.com).



triamcinolone acetonide .....	28, 41	TRUMENBA .....	49
triamterene-hydrochlorothiazid .....	23	TRUSELTIQ .....	92
triderm .....	41	TUKYSA .....	92
trientine .....	106	tulana .....	39
trifluoperazine .....	97	TURALIO .....	92
trifluridine .....	52	turqoz (28) .....	39
trihexyphenidyl .....	17	tusnel diabetic .....	125
TRIJARDY XR .....	111	tussin dm .....	125
TRIKAFTA .....	115	tussin dm clear .....	125
trimethobenzamide .....	80	tussin dm cough and chest .....	125
trimethoprim .....	73	tussin mucus-chest congestion .....	125
trimipramine .....	79	TWINRIX (PF) .....	49
trinatal rx 1 .....	106	TYBLUME .....	39
TRINTELLIX .....	79	TYBOST .....	101
TRISENOX .....	92	TYMLOS .....	25
TRIUMEQ .....	101	TYPHIM VI .....	49
TRIUMEQ PD .....	101		<b>U</b>
trivora (28) .....	39	UBRELVY .....	62
TRIZIVIR .....	101	UDENYCA .....	108
TRODELVY .....	92	UDENYCA AUTOINJECTOR .....	108
TROGARZO .....	101	ULTICARE .....	62
TROPHAMINE 10 % .....	106	ULTICARE INSULIN SYRINGE .....	62
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS .....	62	ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) .....	62
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE .....	62	ULTICARE PEN NEEDLE .....	62
TRUE COMFORT PEN NEEDLE .....	62	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE .....	62
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS .....	62	ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR .....	63
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE .....	62	ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE .....	63
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE .....	62	ULTILET ALCOHOL SWAB .....	63
TRUEPLUS INSULIN .....	62	ULTILET INSULIN SYRINGE .....	63
TRUEPLUS PEN NEEDLE .....	62	ULTILET PEN NEEDLE .....	63
TRULICITY .....	111	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) .....	63

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](http://Humana.com).



ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE .....	63	VALTOCO .....	76
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) .....	63	vanadom .....	112
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE .....	63	vancomycin .....	73
ULTRA FLO PEN NEEDLE .....	63	VANFLYTA .....	92
ULTRA THIN PEN NEEDLE .....	63	VANISHPOINT INSULIN SYRINGE .....	64
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR .....	63	VANISHPOINT SYRINGE .....	64
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL .....	63	VAQTA (PF) .....	49
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES .....	63	varenicline .....	26
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE .....	63	VARIVAX (PF) .....	49
ULTRACARE INSULIN SYRINGE .....	64	VARIZIG .....	49
ULTRACARE PEN NEEDLE .....	64	VASCEPA .....	24
UNIFINE PEN NEEDLE .....	64	VECTIBIX .....	92
UNIFINE PENTIPS .....	64	velivet triphasic regimen (28) .....	39
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW .....	64	VELTASSA .....	106
UNIFINE PENTIPS PLUS .....	64	VEMLIDY .....	101
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW .....	64	VENCLEXTA .....	92
UNIFINE SAFECONTROL .....	64	VENCLEXTA STARTING PACK .....	92
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE .....	64	venlafaxine .....	79
UNITHROID .....	42	VENTOLIN HFA .....	115
UNITUXIN .....	92	verapamil .....	24
ursodiol .....	32	VERIFINE INSULIN SYRINGE .....	64
UVADEX .....	31	VERIFINE PEN NEEDLE .....	64
	<b>V</b>	VERIFINE PLUS PEN NEEDLE .....	64
valacyclovir .....	101	VERIPRED 20 .....	41
VALCHLOR .....	92	VERQUVO .....	24
valganciclovir .....	101	VERSACLOZ .....	97
valproate sodium .....	76	VERZENIO .....	92
valproic acid .....	76	vestura (28) .....	39
valproic acid (as sodium salt) .....	76	VICTOZA 2-PAK .....	111
valsartan .....	23	VICTOZA 3-PAK .....	111
valsartan-hydrochlorothiazide .....	24	vienva .....	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](http://Humana.com).



vigabatrin .....	76	<b>W</b>
vigadrone .....	76	warfarin .....
VIIBRYD .....	79	water for irrigation, sterile .....
vilazodone .....	79	WEBCOL .....
vinblastine .....	92	WELIREG .....
vincasar pfs .....	92	wera (28) .....
vincristine .....	92	wesnatal dha complete .....
vinorelbine .....	92	wesnate dha .....
viorele (28) .....	39	westab plus .....
VIRACEPT .....	101	WINRHO SDF .....
VIREAD .....	101	wixela inhub .....
virt-c dha .....	106	women's gentle laxative(bisac) .....
virt-nate dha .....	106	wymzya fe .....
VISTOGARD .....	93	<b>X</b>
vitamin d2 .....	117	XALKORI .....
vitamin k1 .....	117	XARELTO .....
VITRAKVI .....	93	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START .....
VIVITROL .....	26	XATMEP .....
VIZIMPRO .....	93	XCOPRI .....
VOCABRIA .....	101	XCOPRI MAINTENANCE PACK .....
volnea (28) .....	39	XCOPRI TITRATION PACK .....
VONJO .....	93	XGEVA .....
voriconazole .....	82	XIFAXAN .....
VOSEVI .....	101	XOFLUZA .....
VOTRIENT .....	93	XOLAIR .....
VRAYLAR .....	97	XOSPATA .....
VUMERTY .....	28	XPOVIO .....
vylibra .....	40	XTAMPZA ER .....
VYNDAMAX .....	116	XTANDI .....
VYNDAQEL .....	116	XULTOPHY 100/3.6 .....
VYXEOS .....	93	XYREM .....

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](http://Humana.com).



<b>Y</b>	ZTALMY .....	77	
YERVOY .....	93	ZUBSOLV .....	26
YF-VAX (PF) .....	49	zumandimine (28) .....	40
YONDELIS .....	93	ZURZUVAE .....	79
<b>Z</b>	ZYDELIG .....	93	
zafirlukast .....	115	ZYKADIA .....	93
ZALTRAP .....	93	ZYNLONTA .....	93
ZANOSAR .....	93	ZYNYZ .....	94
zarah .....	40	ZYPITAMAG .....	24
ZARXIO .....	108	ZYPREXA RELPREVV .....	97
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR .....	112	1ST TIER UNIFINE PENTIPS .....	53
ZEGALOGUE SYRINGE .....	112	1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS .....	53
ZEJULA .....	93	3-day vaginal .....	117
ZELBORAF .....	93		
zenatane .....	31		
ZEPZELCA .....	93		
ZERBAXA .....	73		
zidovudine .....	102		
ziprasidone hcl .....	97		
ziprasidone mesylate .....	97		
ZIRABEV .....	93		
ZIRGAN .....	102		
ZOKINVY .....	116		
zoledronic acid .....	25		
zoledronic acid-mannitol-water .....	25		
ZOLINZA .....	93		
zolpidem .....	53		
ZONISADE .....	77		
zonisamide .....	77		
zovia 1-35 (28) .....	40		
zovia 1/35e (28) .....	40		

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](http://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 .....	53
Demencia.....	14 Dolor.....	65
.....	15 Dolor local.....	67
.....	15 Ansiedad.....	67
Miastenia grave.....	15 Infecciones bacterianas.....	68
Migrañas.....	15 Convulsiones.....	73
.....	16 Depresión.....	77
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	17 Nausea y vómitos.....	79
.....	24 Infecciones por hongos.....	80
.....	25 Tuberculosis.....	82
.....	25 Cáncer.....	82
Enfermedades del sistema nervioso.....	26 Infecciones por parásitos.....	94
Enfermedades orales y dentales.....	28 Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo .....	94
Enfermedades de la piel.....	28 .....	
.....	31 Infecciones virales.....	98
Enfermedades gastrointestinales.....	31 Deficiencias de vitaminas.....	102
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33 .....	
Desbalance de hormonas sexuales.....	34 .....	107
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40 Diabetes.....	109
.....	40 .....	112
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42 .....	112
Enfermedades de la hormona pituitaria.....	42 .....	115
.....	43 .....	116
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44 .....	117
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44 .....	
Enfermedades del ojo.....	50 .....	
Trastorno bipolar.....	52 .....	
Trastorno del sueño.....	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 Arzneimittelplan. 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 답해 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 Italiano 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ございます。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。日本語を話す人が支援いたします。これは無料のサービスです。

## Notas



LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/01/2023. 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**<sup>®</sup>