

2025

Guía de Medicamentos Recetados

Humana Dual Fully Integrated Formulario

Lista de medicamentos cubiertos (*Lista de Medicamentos
o Formulario*)

**TENGA EN CUENTA: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS
MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP)

Formulario 25456



Medicare and Medicaid Working Together

Este formulario fue actualizado el 12/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctese a Atención al Clientel al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema de teléfono automatizado está disponible después del horario laboral, los fines de semana, y en días festivos o visite **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Introducción

Este documento se llama Guía de Medicamentos Cubiertos (también conocida como *Guía de Medicamentos*). Le indica qué medicamentos recetados, medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y productos que no son medicamentos están cubiertos por Humana Dual Fully Integrated. *La Guía de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre algún medicamento cubierto por Humana Dual Fully Integrated. Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice:

A. Descargos de responsabilidad.....	4
B. Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés).....	15
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i> ? (A la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i> la llamamos “ <i>Guía de Medicamentos</i> ” para abreviar.)	5
B2. ¿La <i>Guía de Medicamentos</i> cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?	6
B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o medidas que deba tomar 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 Humana Dual Fully Integrated cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)?	7
B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?	8
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?	8
B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Dual Fully Integrated y no encuentro mi medicamento en la <i>Guía de Medicamentos</i> o tengo un problema para obtenerlo?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	12
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?	13
B15. ¿Humana Dual Fully Integrated cubre productos OTC que no sean medicamentos?	13
B16. ¿Humana Dual Fully Integrated cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?	13
B17. ¿Cuál es mi copago?	14
C. Descripción general de la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i>	0
C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento	17
D. Índice de Medicamentos Cubiertos.....	195

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en *Humana Dual Fully Integrated*.

- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos Cubiertos* actualizada de Humana Dual Fully Integrated en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist** o llamando a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Para hacer o cambiar un pedido permanente para recibir este documento, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea Inglés o en un formato alternativo, comuníquese con Atención al Cliente.
- Contamos con servicios de intérpretes gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para utilizar los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



B. Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Guía de Medicamentos Cubiertos*. Puede leer todas las FAQ para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Guía de Medicamentos Cubiertos*? (A la *Guía de Medicamentos Cubiertos* la llamamos “*Guía de Medicamentos*” para abreviar.)

Los medicamentos en la *Guía de Medicamentos Cubiertos* que comienza en la sección C1 son los medicamentos cubiertos por Humana Dual Fully Integrated. Los 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 Dual Fully Integrated cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la *Guía de Medicamentos* si:
 - su médico u otro profesional que receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano,
 - Humana Dual Fully Integrated acepta que el medicamento es necesario por razones médicas para usted, **y**
 - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana Dual Fully Integrated.
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **es-www.humana.com/medicaredruglist** o llamar a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento.

B2. ¿La *Guía de Medicamentos* cambia alguna vez?

Sí, y Humana Dual Fully Integrated debe seguir las reglas de Medicare y Humana Dual Fully Integrated al realizar cambios. Es posible que añadamos o eliminemos medicamentos de la *Guía de Medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas para los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de Humana Dual Fully Integrated antes de que 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.)

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

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto a **principio** de año, generalmente no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- salga al mercado un medicamento nuevo y más económico con la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la *Guía de Medicamentos*,
- descubramos que un medicamento no es seguro, **o**
- se retire un medicamento del mercado.

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

- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana Dual Fully Integrated en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Las actualizaciones de la *Guía de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

-
- También puede llamar a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento para consultar la *Guía de Medicamentos* actual.
-

B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la Guía de Medicamentos?

Algunos cambios en la *Guía de Medicamentos* se realizarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de determinadas versiones nuevas de medicamentos.** Es posible que eliminemos inmediatamente los medicamentos de la *Guía de Medicamentos* si los reemplazamos con determinadas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento puede seguir siendo el mismo con las mismas o menos restricciones. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento, también podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en la lista, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.
 - Podemos realizar estos cambios solo si el medicamento que estamos añadiendo:
 - es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - es una determinada nueva versión biosimilar de productos biológicos originales en la *Guía de Medicamentos* (por ejemplo., añadir un biosimilar intercambiable que pueda sustituirse por un producto biológico original sin una nueva receta).
 - Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para obtener más información, consulte la Sección B14. Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede seguir para hacerlo. Consulte las preguntas B10 a B12 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) estipula que un medicamento que usted está tomando no es seguro o eficaz, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de la *Guía de Medicamentos*. Si está tomando el medicamento, le enviaremos un aviso después de realizar el cambio. Comuníquese con su profesional que receta para obtener un medicamento alternativo para tratar su afección médica.

Es posible que realicemos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la *Guía de Medicamentos*. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Guía de Medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar.
- Cambiamos las reglas o los 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 *Guía de Medicamentos*, o
 - le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite un resurtido.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Pueden ayudarle a decidir:

- si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar, o
- si solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o medidas que deba tomar para obtener determinados medicamentos?

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

- **Autorización previa :** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de Humana Dual Fully Integrated antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana Dual Fully Integrated no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Humana Dual Fully Integrated limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** A veces, Humana Dual Fully Integrated requiere que usted realice 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. Según la ley de Virginia, su médico u otro profesional que receta debe documentar, ya sea verbalmente o por escrito, por qué cree que el primer medicamento no es eficaz para usted y solicitar que se cubra el otro medicamento.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales consultando las tablas de la sección C1. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **es www.humana.com/medicaredruglist**. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Guía de Medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar 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?

La tabla de la Guía de Medicamentos por tipo de medicamento tiene una columna denominada “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso.”

B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Fully Integrated cambia sus reglas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de terapia por fases de 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 *Guía de Medicamentos*.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la *Guía de Medicamentos*?

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente, **O**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de Medicamentos Cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la ***Guía de Medicamentos***. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos se enumeran en el índice.

Para buscar por tipo de medicamento, busque la sección C1 denominada “Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría “Agentes Antimigrañosos”. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las migrañas.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la *Guía de Medicamentos*?

Si no encuentra su medicamento en la *Guía de Medicamentos*, llame a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si le dicen que Humana Dual Fully Integrated no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pedir a *Atención al Cliente* una Guía de Medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrole la lista a su médico u otro profesional que receta. Pueden recetarle otro medicamento de la *Guía de Medicamentos* que sea parecido al que usted quiere utilizar. **O**
- Puede solicitar a Humana Dual Fully Integrated que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Dual Fully Integrated y no encuentro mi medicamento en la *Guía 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 sea afiliado de Humana Dual Fully Integrated. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Guía de Medicamentos que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar una excepción.

Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples resurtidos para 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 *Guía de Medicamentos*, **O**
- las reglas de nuestro plan de salud no le permiten obtener la cantidad que indicó el profesional que receta, **O**
- el medicamento requiere autorización previa de Humana Dual Fully Integrated, **O**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si está tomando un medicamento que Humana Dual Fully Integrated no considera un medicamento de la Parte D, tiene derecho a recibir un suministro de emergencia del medicamento de 72 horas por única vez.

Si usted se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Guía de Medicamentos*, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita,

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



podemos brindarle ayuda. Si usted 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 de 31 días del medicamento que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Dual Fully Integrated o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Dual Fully Integrated.

Si cambian las condiciones de su tratamiento

Durante el año del plan, pueden cambiar las condiciones 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 ámbito hogareño.
- Pasar de un ámbito 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 cubre 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 cubra la Parte D de Medicare cuando lo obtenga en una farmacia.

Si cambian las condiciones 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.
 - 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.
- Ha probado otros medicamentos para tratar su problema de salud.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

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.
- Perjudicarían su salud.

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

- No funcionarían tan bien para tratar su problema de salud.
- Perjudicarían su salud.

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **72 horas** después de haber recibido 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 **sí** está en nuestra lista, pero:
 - Debemos aprobar su medicamento por adelantado.
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso.
 - 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 **65 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

Solo llame a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento o visite nuestro sitio web, **es-www.humana.com/medicaredruglist**.



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

Este comité supervisa nuestra Guía de Medicamentos de la Parte D y las reglas relacionadas. Formuló estas reglas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las reglas 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 Dual Fully Integrated que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Guía de Medicamentos.

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

- Por ejemplo, Humana Dual Fully 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 autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Atención al Cliente. Un representante de Atención al Cliente trabajará con usted y su proveedor para ayudarles a solicitar una excepción. También puedes leer la sección 7.4 del **Capítulo 9** de la Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de haber recibido una declaración del profesional que receta que avale su solicitud de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Solicitar una excepción

Pídale a su médico que nos envíe una carta. En esta se 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 haber recibido 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

Solo llame a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento o visite nuestro sitio web, **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Si usted o el profesional que 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 receta avala su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Por lo general, cuestan menos que los medicamentos de marca y tienen la misma eficacia. Generalmente, no tienen nombres muy conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la FDA. Existen medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos generalmente se pueden sustituir por medicamentos de marca en la farmacia sin una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

Humana Dual Fully Integrated cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando hablamos de medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5** de la *Evidencia de Cobertura*.

B15. ¿Humana Dual Fully Integrated cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Humana Dual Fully Integrated cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor (*por ejemplo, jeringas para insulina, etc.*). Comuníquese con su Coordinador de Cuidado, su proveedor o Atención al Cliente para obtener más información.

Puede leer la *Guía de Medicamentos* de Humana Dual Fully Integrated para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

Humana Dual Fully Integrated cubre artículos OTC de salud y bienestar a través del Subsidio de Healthy Options de Humana. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura*.

B16. ¿Humana Dual Fully Integrated cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?

- **Programas de Pedido por Correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos recetados directamente en su hogar. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.
- **Programas de Farmacias Minoristas para Suministros de 90 Días.** También es posible que algunas farmacias minoristas le ofrezcan un suministro de 90 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **[es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



B17. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados de Humana Dual Fully Integrated tienen un copago de \$0 para medicamentos recetados siempre que el afiliado siga las reglas del plan y reciba “Ayuda Adicional”. Si no recibe “Ayuda Adicional”, primero debe pagar el costo total de los medicamentos hasta haber alcanzado el monto del deducible del plan, que es de \$590. Luego, sus costos compartidos por un suministro de un mes de todos los medicamentos recetados de la Parte D cubiertos por el plan serán del 25% del costo del medicamento durante la Etapa de Cobertura Inicial. El deducible no se aplica a todas las insulinas de la Parte D cubiertas por el plan que cuestan \$35 por un suministro de un mes. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos y productos que no sean medicamentos OTC.

Si tiene preguntas, llame a Atención al Cliente al número que figura al pie de página de este documento.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



C. Descripción general de la *Guía de Medicamentos Cubiertos*

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Dual Fully Integrated. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la sección D. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Dual Fully Integrated.

Nota: El encabezado "(*) No es un medicamento de la Parte D" sobre una sección de medicamentos significa que el medicamento no es un "medicamento de la Parte D". Estos medicamentos tienen diferentes reglas para las apelaciones.

- Una apelación es un método formal de pedirnos que revisemos una decisión tomada sobre su cobertura y cambiarla si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea ya no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Cardinal Care.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados al número que figura en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9** de la Evidencia de Cobertura para aprender cómo apelar una decisión.

C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría "Agentes Antimigrañosos". Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las migrañas.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso", como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría:

QL (por sus siglas en inglés) = Límite de Cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento por un período determinado de días.

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

ST (por sus siglas en inglés) = Terapia por fases: usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener este.

DL (por sus siglas en inglés) = Límite de Despacho: Medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.

BvsD (por sus siglas en inglés) = 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 (por sus siglas en inglés) = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.

LA (por sus siglas en inglés) = Acceso Limitado: El plan de salud ha autorizado a determinadas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere manejo adicional, coordinación del médico o educación del paciente. Llame al número que figura al reverso de su tarjeta de identificación para obtener más información.

CI = Productos de insulina cubiertos; Productos de insulina de la Parte D cubiertos por su plan. Para obtener más información sobre los costos compartidos para sus productos de insulina cubiertos, refiérase a su Evidencia de cobertura.

AV = Vacunas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la Parte D; Vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP para los adultos que podrían ser disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura.

PDS = Suministros diabéticos preferidos; BD y HTL-Droplet son las marcas preferidas de jeringas y agujas para plumas diabéticas para el plan

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula, y los medicamentos de marca, en mayúscula. La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso”, como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría indica si Humana Dual Fully Integrated tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades que involucran los oídos		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS ^{MO}	1	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION ^{MO}	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	
donepezil 23 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	1	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET ^{MO}	1	
baclofen 20 mg TABLET ^{MO}	1	
baclofen 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
colchicine 0.6 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	ST,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
probenecid 500 mg TABLET ^{MO}	1	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL (20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL (22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	1	PA,QL (8 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL (2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE ^{MO}	1	PA,QL (2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE ^{MO}	1	PA,QL (3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET ^{MO}	1	QL (40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL (30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	QL (12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL (12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL (9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE ^{MO}	1	QL (6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR ^{MO}	1	QL (6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	1	QL (6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SYRINGE ^{MO}	1	QL (6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL (16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
bromocriptine 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET ^{MO}	1	
carbidopa-levodopa 23.75-95 mg, 48.75-195 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL (360 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET ^{MO}	1	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER ^{MO}	1	
carbidopa-levodopa 36.25-145 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL(270 cada 30 días)
carbidopa-levodopa 61.25-245 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL(300 cada 30 días)
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, 50-200-200 mg TABLET ^{MO}	1	
entacapone 200 mg TABLET ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET ^{MO}	1	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER ^{MO}	1	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
selegiline hcl 5 mg TABLET ^{MO}	1	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR ^{MO}	1	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el corazón		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	1	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
adenosine 3 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET ^{MO}	1	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE ^{MO}	1	
amiodarone 200 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET ^{MO}	1	
bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET ^{MO}	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
bumetanide 1 mg TABLET ^{MO}	1	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET ^{MO}	1	
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET ^{MO}	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET ^{MO}	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	1	
cholestyramine light 4 gram POWDER ^{MO}	1	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	1	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	1	QL (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET ^{MO}	1	
colestipol 1 gram TABLET ^{MO}	1	
colestipol 5 gram GRANULES ^{MO}	1	QL (1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET ^{MO}	1	
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	1	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO}	1	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO}	1	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE ^{MO}	1	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET ^{MO}	1	QL (240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE ^{MO}	1	ST, QL (30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 80 mg TABLET ^{MO}	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET ^{MO}	1	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET ^{MO}	1	
ibutilide fumarate 0.1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
ISUPREL 0.2 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine (pf) 20 mg/ml (2 %) SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
lisinopril 30 mg TABLET ^{MO}	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET ^{MO}	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
metyrosine 250 mg CAPSULE ^{DL}	1	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
nebivolol 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION ^{MO}	1	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
niacin 500 mg TABLET ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
niacor 500 mg TABLET ^{MO}	1	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE ^{MO}	1	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. ^{MO}	1	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
nitroglycerin in 5 % dextrose 100 mg/250 ml (400 mcg/ml), 25 mg/250 ml (100 mcg/ml), 50 mg/250 ml (200 mcg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
olmesartan 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiacid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{MO}	1	
pacerone 200 mg TABLET ^{MO}	1	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER ^{MO}	1	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
prevalite 4 gram POWDER ^{MO}	1	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	1	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
propranolol 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET ^{MO}	1	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE ^{MO}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET ^{MO}	1	
spironolactone 100 mg TABLET ^{MO}	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
torsemide 20 mg TABLET ^{MO}	1	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET ^{MO}	1	
valsartan 160 mg TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{MO}	1	QL (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO}	1	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER ^{MO}	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	1	PA, QL (30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET ^{MO}	1	ST, QL (30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET ^{MO}	1	QL (4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET ^{MO}	1	QL (4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL (3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE ^{MO}	1	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE ^{MO}	1	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA, QL (2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET ^{MO}	1	QL (1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	1	PA, QL (3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE ^{MO}	1	PA, QL (3 cada 90 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE ^{MO}	1	
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE ^{MO}	1	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET ^{MO}	1	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE ^{MO}	1	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO}	1	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA ^{MO}	1	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(2 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET ^{MO}	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(2 cada 30 días)
RETOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(2 cada 30 días)
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	1	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	1	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT ^{DL}	1	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46) CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate 240 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET ^{MO}	1	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedades que involucran la boca y los dientes		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE ^{MO}	1	
AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	1	PA
adapalene 0.3 % GEL ^{MO}	1	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP ^{MO}	1	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM ^{MO}	1	
ammonium lactate 12 % LOTION ^{MO}	1	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	
azelaic acid 15 % GEL ^{MO}	1	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL ^{MO}	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM ^{MO}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin phosphate 1 % GEL ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB ^{MO}	1	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL ^{MO}	1	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL ^{MO}	1	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM ^{MO}	1	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL ^{MO}	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION ^{MO}	1	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL ^{MO}	1	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL ^{MO}	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL ^{MO}	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM ^{MO}	1	
fluorouracil 5 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	1	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION ^{MO}	1	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL ^{DL}	1	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET ^{MO}	1	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION ^{MO}	1	
mometasone 0.1 % CREAM ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT ^{MO}	1	
permethrin 5 % CREAM ^{MO}	1	
pimecrolimus 1 % CREAM ^{MO}	1	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT ^{MO}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM ^{MO}	1	
SSD 1 % CREAM ^{MO}	1	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT ^{MO}	1	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 % GEL ^{MO}	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 % GEL ^{MO}	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM ^{MO}	1	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ZORYVE 0.15 % CREAM ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades estomacales e intestinales		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	1	
dexlansoprazole 30 mg, 60 mg CAPSULE, DR, BIPHASIC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO}	1	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	1	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	1	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	1	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE ^{MO}	1	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET ^{MO}	1	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1,680 mg, 40-1,680 mg PACKET ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK ^{MO}	1	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK ^{MO}	1	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
sucralfate 1 gram TABLET ^{MO}	1	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	1	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	1	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET ^{MO}	1	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC ^{MO}	1	
ursodiol 250 mg TABLET ^{MO}	1	
ursodiol 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ursodiol 500 mg TABLET ^{MO}	1	
VOWST CAPSULE ^{DL}	1	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como problemas de vejiga o próstata		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET ^{MO}	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	1	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET ^{MO}	1	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE ^{MO}	1	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) - Medicamentos utilizados para los desequilibrios de hormonas sexuales		
abigale 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	1	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	1	
amabelz 0.5-0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	1	
apri 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
camila 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	1	QL(8 cada 28 días)
conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET ^{MO}	1	
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	1	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL ^{MO}	1	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE ^{MO}	1	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	1	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	1	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	1	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	1	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	1	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
errin 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM ^{MO}	1	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
estradiol 10 mcg TABLET ^{MO}	1	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL ^{MO}	1	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	1	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING ^{MO}	1	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	1	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	
gallifrey 5 mg TABLET ^{MO}	1	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	1	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
jasmie (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	1	
jencycla 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
juleber 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
june1 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
june1 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
june1 fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
june1 fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
june1 fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	1	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	1	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET ^{MO}	1	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET ^{MO}	1	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	1	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
luizza 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
luizza 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
lyleq 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	1	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	1	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	1	
meleya 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	1	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
mili 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
mono-lynyah 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{MO}	1	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT ^{DL}	1	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	1	
nora-be 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
NORA-BE 0.35 MG TABLET ^{MO}	1	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	1	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate 5 mg TABLET ^{MO}	1	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET ^{MO}	1	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	1	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	1	
ocella 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
orquidea 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
OSPHENA 60 MG TABLET ^{MO}	1	PA
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET ^{MO}	1	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM ^{MO}	1	
progesterone 50 mg/ml OIL ^{MO}	1	
progesterone micronized 100 mg INSERT ^{MO}	1	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
raloxifene 60 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	1	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
syeda 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP ^{MO}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL ^{MO}	1	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL ^{MO}	1	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	1	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	1	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	1	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	1	
tulana 0.35 mg TABLET ^{MO}	1	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	1	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	1	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	1	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	1	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	1	QL(3 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	1	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	1	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar bajos niveles de hormonas pituitarias		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION ^{MO}	1	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
desmopressin 0.2 mg TABLET ^{MO}	1	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
EGRIFTA WR 11.6 MG KIT ^{DL}	1	PA,QL(1 cada 28 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE ^{DL}	1	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	1	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS ^{MO}	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	1	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION ^{MO}	1	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	1	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION ^{MO}	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION ^{MO}	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT ^{MO}	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM ^{MO}	1	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	1	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para el reemplazo de la hormona tiroidea		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	1	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET ^{MO}	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET ^{MO}	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	1	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	1	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE ^{MO}	1	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE ^{MO}	1	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE ^{MO}	1	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE ^{MO}	1	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION ^{MO}	1	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL (0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL (0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL (0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT ^{MO}	1	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	PA,QL (1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT ^{MO}	1	PA,QL (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT ^{MO}	1	PA,QL (1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT ^{MO}	1	PA,QL (1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT ^{DL}	1	PA,QL (1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT	1	PA,QL (1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	PA,QL (1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE ^{MO}	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	1	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	1	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para tratar una tiroides hiperactiva		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
propylthiouracil 50 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES INMUNOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades del sistema inmune y vacunas		
ABRYSCO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
azathioprine 50 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGRIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGRIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGRIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET ^{DL}	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	1	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	1	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	BvsD
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT ^{DL}	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET ^{MO}	1	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE ^{MO}	1	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(360 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION ^{DL}	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	1	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,MO}	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC ^{AV,MO}	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL,LA}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL,LA}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren los ojos		
ALCAINE 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS ^{MO}	1	ST
apraclonidine 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
atropine 1 % DROPS ^{MO}	1	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE ^{MO}	1	
azelastine 0.05 % DROPS ^{MO}	1	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT ^{MO}	1	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	1	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION ^{MO}	1	
betaxolol 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
brimonidine 0.1 % DROPS ^{MO}	1	ST
brimonidine 0.2 % DROPS ^{MO}	1	
carteolol 1 % DROPS ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS ^{MO}	1	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS ^{MO}	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diclofenac sodium 0.1 % DROPS ^{MO}	1	
dorzolamide 2 % DROPS ^{MO}	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS ^{MO}	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT ^{MO}	1	QL (3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	QL (16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS ^{MO}	1	
gatifloxacin 0.5 % DROPS ^{MO}	1	QL (2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	QL (3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS ^{MO}	1	QL (10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS ^{MO}	1	QL (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL ^{MO}	1	
LUMIGAN 0.01 % DROPS ^{MO}	1	QL (2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
moxifloxacin 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT ^{MO}	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS ^{MO}	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
olopatadine 0.1 % DROPS ^{MO}	1	
olopatadine 0.2 % DROPS ^{MO}	1	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS ^{MO}	1	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS ^{MO}	1	

? Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS ^{MO}	1	
proparacaine 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS ^{MO}	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS ^{MO}	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS ^{MO}	1	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.25 % DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION ^{MO}	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
tobramycin 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	1	
travoprost 0.004 % DROPS ^{MO}	1	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS ^{MO}	1	
VYZULTA 0.024 % DROPS ^{MO}	1	QL(2.5 cada 25 días)
ZERVIA 0.24 % DROPPERETTE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLES - Medicamentos utilizados para estabilizar el estado de ánimo		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER ^{MO}	1	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades del sueño		
BELSOMRA 10 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
acetic acid 0.25 % SOLUTION ^{MO}	1	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	1	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	1	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 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" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	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 ^{PDS,MO}	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	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 ^{PDS,MO}	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	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 ^{PDS,MO}	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE ^{DL}	1	QL (360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET ^{MO}	1	QL (180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE ^{MO}	1	
CEQR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS ^{MO}	1	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL (60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL (56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DROPLET INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 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", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 ^{PDS,MO}	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{MO}	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
lactated ringers SOLUTION ^{MO}	1	
mifepristone 300 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD ^{MO}	1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	1	
PEN NEEDLE, DIABETIC 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 ^{PDS,MO}	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ringer's SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	1	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 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 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION ^{MO}	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
XDEMZY 0.25 % DROPS ^{MO}	1	PA,QL (10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT ^{DL}	1	PA
ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL (2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET ^{DL}	1	QL (390 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
diclofenac potassium 50 mg TABLET ^{MO}	1	
diclofenac sodium 1 % GEL ^{MO}	1	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS ^{MO}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. ^{DL}	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION ^{DL}	1	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET ^{MO}	1	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET ^{DL}	1	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
ibuprofen 400 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER ^{MO}	1	
ketorolac 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET ^{MO}	1	
meloxicam 15 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET ^{DL}	1	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	1	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
naproxen 500 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET ^{MO}	1	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(5400 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	1	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{DL}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED ^{MO}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR ^{MO}	1	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM ^{MO}	1	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION ^{MO}	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION ^{MO}	1	
ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{DL}	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	1	
clonazepam 2 mg TABLET ^{DL}	1	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	1	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diazepam 2 mg TABLET ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION ^{DL}	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET ^{MO}	1	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	1	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias		
acetic acid 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin 875 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET ^{MO}	1	
ampicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{DL}	1	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
azithromycin 250 mg TABLET ^{MO}	1	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	1	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE ^{MO}	1	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE ^{MO}	1	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
cefadroxil 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK ^{MO}	1	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
cefdinir 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
cefixime 400 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	1	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
cephalexin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY ^{MO}	1	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	1	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	1	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
clindamycin phosphate 2 % CREAM ^{MO}	1	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	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 ^{MO}	1	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	

? Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DIFICID 200 MG TABLET ^{DL}	1	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET ^{MO}	1	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET ^{MO}	1	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO}	1	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	
fidaxomicin 200 mg TABLET ^{DL}	1	
gentamicin 0.1 % CREAM ^{MO}	1	
gentamicin 0.1 % OINTMENT ^{MO}	1	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE ^{DL}	1	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	1	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
levofloxacin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
methenamine hippurate 1 gram TABLET ^{MO}	1	
metronidazole 0.75 % CREAM ^{MO}	1	
metronidazole 0.75 % LOTION ^{MO}	1	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL ^{MO}	1	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP ^{MO}	1	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
mondoxynol 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	
moxifloxacin 400 mg TABLET ^{MO}	1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{DL}	1	
neomycin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	1	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION ^{MO}	1	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION ^{DL}	1	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT ^{MO}	1	

? Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION ^{MO}	1	QL (118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET ^{MO}	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	1	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
trimethoprim 100 mg TABLET ^{MO}	1	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
vancomycin 125 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK ^{MO}	1	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET ^{DL}	1	PA, QL (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET ^{DL}	1	PA, QL (60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{DL}	1	PA, QL (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	1	PA, QL (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA, QL (600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. ^{MO}	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
carbamazepine 200 mg TABLET ^{MO}	1	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET ^{DL}	1	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	1	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT ^{DL}	1	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	1	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
epitol 200 mg TABLET ^{MO}	1	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	1	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION ^{DL,LA}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION ^{MO}	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION ^{MO}	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	1	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE ^{MO}	1	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET ^{MO}	1	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION ^{MO}	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM ^{DL}	1	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	1	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	1	
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR ^{MO}	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE ^{MO}	1	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
roweepra 500 mg TABLET ^{MO}	1	
rufinamide 200 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	1	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	1	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
valproic acid 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION ^{MO}	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	1	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO}	1	PA,QL(900 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
amitriptyline 25 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE ^{MO}	1	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	1	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
fluoxetine 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MO}	1	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
mirtazapine 45 mg TABLET ^{MO}	1	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET ^{MO}	1	
phenelzine 15 mg TABLET ^{MO}	1	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO}	1	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
trazodone 300 mg TABLET ^{MO}	1	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	1	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	1	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	1	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO}	1	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	1	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
promethazine 25 mg TABLET ^{MO}	1	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	1	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION ^{MO}	1	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ciclodan 8 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL ^{MO}	1	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION ^{MO}	1	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM ^{MO}	1	
clotrimazole 1 % SOLUTION ^{MO}	1	
clotrimazole 10 mg TROCHE ^{MO}	1	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION ^{MO}	1	QL(90 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



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 ^{MO}	1	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
fluconazole 150 mg TABLET ^{MO}	1	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{DL}	1	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET ^{MO}	1	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	1	
itraconazole 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET ^{MO}	1	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	1	PA
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK ^{DL}	1	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK ^{DL}	1	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY ^{MO}	1	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	1	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM ^{MO}	1	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	1	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	1	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION ^{MO}	1	
nystatin 500,000 unit TABLET ^{MO}	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM ^{MO}	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT ^{MO}	1	
nystop 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	1	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC ^{DL}	1	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION ^{DL}	1	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET ^{MO}	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM ^{MO}	1	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY ^{MO}	1	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	PA, QL (120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbc 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	PA
ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar algunas infecciones, como la tuberculosis		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{MO}	1	
pyrazinamide 500 mg TABLET ^{MO}	1	
rifabutin 150 mg CAPSULE ^{MO}	1	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET ^{DL}	1	PA
TRECTOR 250 MG TABLET ^{MO}	1	
ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer		
abiraterone 250 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION ^{DL}	1	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK ^{DL}	1	PA,QL(66 cada 28 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
BALVERSA 3 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
bexarotene 1 % GEL ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION ^{MO}	1	
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(75 cada 28 días)
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	1	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION ^{MO}	1	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{DL,LA}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{DL,LA}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION ^{DL}	1	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL (84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL (56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	
COTELLIC 20 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL (63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL (120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL (120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL (60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL (30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL (90 cada 30 días)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
DAURISMO 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL (30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL (60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	1	PA
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{DL}	1	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
EMRELIS 100 MG, 20 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION ^{MO}	1	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION ^{MO}	1	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	1	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	
exemestane 25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
floxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION ^{DL}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{DL,LA}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET ^{DL}	1	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{DL,LA}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{MO}	1	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	1	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	1	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA
GRAFAPEX 1 GRAM, 5 GRAM RECON SOLUTION ^{DL}	1	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	
HERNEXEOS 60 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION ^{MO}	1	
imatinib 100 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT ^{DL}	1	PA
INLURIYO 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION ^{MO}	1	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IVRA 90 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	
IWILFIN 192 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	1	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION ^{DL}	1	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(42 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	1	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{DL}	1	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION ^{MO}	1	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(7 cada 21 días)
lomustine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LONSURF 15-6.14 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
LORBRENA 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
LYNOZYFIC 2 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{DL}	1	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{DL}	1	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET ^{MO}	1	
mesna 400 mg TABLET ^{DL}	1	
MESNEX 400 MG TABLET ^{DL}	1	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
MODEYSO 125 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 28 días)
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION ^{DL}	1	
NERLYNX 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION ^{DL}	1	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL ^{DL}	1	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
pazopanib 200 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	1	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	
QINLOCK 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	1	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(784 cada 365 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	1	
sorafenib 200 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
TABLOID 40 MG TABLET ^{MO}	1	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION ^{DL}	1	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
toremifene 60 mg TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE ^{DL}	1	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE ^{DL,LA}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK ^{DL}	1	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
XALKORI 150 MG PELLET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	1	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZIIHERA 300 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias		
albendazole 200 mg TABLET ^{MO}	1	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET ^{MO}	1	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
COARTEM 20-120 MG TABLET ^{MO}	1	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	1	
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	1	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET ^{MO}	1	
mefloquine 250 mg TABLET ^{MO}	1	
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
praziquantel 600 mg TABLET ^{MO}	1	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET ^{MO}	1	
pyrimethamine 25 mg TABLET ^{DL}	1	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE ^{MO}	1	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades psicológicas y del estado de ánimo		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	1	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	1	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	1	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	1	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	1	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	1	QL(3.2 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	1	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
clozapine 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET ^{MO}	1	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET ^{MO}	1	
droperidol 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	1	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	1	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	1	QL(5 cada 180 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	1	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	1	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	1	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	1	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION ^{MO}	1	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
acyclovir 5 % OINTMENT ^{MO}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
adefovir 10 mg TABLET ^{MO}	1	
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atazanavir 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER ^{DL}	1	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION ^{DL}	1	
CIMDUO 300-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-rilpivirine-tenofov 200-25-300 mg TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofov (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist). Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	1	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION ^{MO}	1	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
maraviroc 150 mg TABLET ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	1	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE ^{MO}	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	1	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(60 cada 10 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL}	1	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	1	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO}	1	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	1	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	1	
ribavirin 200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ribavirin 200 mg TABLET ^{MO}	1	
rimantadine 100 mg TABLET ^{MO}	1	
ritonavir 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET ^{MO}	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	1	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	1	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	1	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
valganciclovir 450 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION ^{DL}	1	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{DL}	1	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{DL}	1	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER ^{DL}	1	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP ^{MO}	1	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL ^{MO}	1	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar las deficiencias de vitaminas		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	1	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION ^{MO}	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE ^{MO}	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION ^{MO}	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE ^{DL}	1	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{DL}	1	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	1	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET ^{MO}	1	PA
deferasirox 90 mg TABLET ^{MO}	1	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE ^{MO}	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK ^{MO}	1	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE ^{MO}	1	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION ^{MO}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	1	
klor-con 10 10 meq TABLET ER ^{MO}	1	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO}	1	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO}	1	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	1	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	1	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	1	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
levocarnitine 330 mg TABLET ^{MO}	1	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION ^{MO}	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE ^{MO}	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO}	1	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	1	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO}	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
penicillamine 250 mg TABLET ^{DL}	1	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER ^{MO}	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER ^{MO}	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	1	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	1	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER ^{MO}	1	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID ^{MO}	1	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER ^{MO}	1	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER ^{MO}	1	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK ^{MO}	1	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	1	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK ^{MO}	1	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	1	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET ^{MO}	1	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	1	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ringer's PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
SMOFLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	1	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE ^{MO}	1	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK ^{MO}	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION ^{MO}	1	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER ^{MO}	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION ^{MO}	1	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION ^{MO}	1	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE ^{DL}	1	QL (240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE ^{DL}	1	QL (120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET ^{MO}	1	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	1	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	1	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	1	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE ^{MO}	1	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. ^{MO}	1	ST,QL (60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
clopidogrel 300 mg TABLET ^{MO}	1	
clopidogrel 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	1	ST,QL (592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO}	1	QL (74 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	1	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE ^{MO}	1	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	1	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION ^{MO}	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE ^{MO}	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	1	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	1	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	1	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{DL}	1	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 SOLUTION ^{MO}	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
warfarin 5 mg TABLET ^{MO}	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	1	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE - Medicamentos utilizados para controlar los niveles de azúcar en la sangre		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	1	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{CI,MO}	1	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
glimepiride 1 mg TABLET ^{MO}	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET ^{MO}	1	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	1	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET ^{MO}	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT ^{CI,MO}	1	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION ^{CI,MO}	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{CI,MO}	1	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION ^{CI,MO}	1	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,DL}	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,DL}	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL(9 cada 30 días)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL (60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET ^{MO}	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL (2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{CI,MO}	1	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION ^{CI,MO}	1	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION ^{CI,MO}	1	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	1	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL (3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET ^{MO}	1	QL (90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET ^{MO}	1	PA,QL (30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL (30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	QL (15 cada 24 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	1	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	1	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	1	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	1	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	1	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
carisoprodol 350 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL,LA}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(32.1 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION ^{MO}	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	1	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	1	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE ^{MO}	1	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR ^{MO}	1	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(50 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist). Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. ^{MO}	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION ^{MO}	1	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION ^{MO}	1	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	1	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	1	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	1	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{DL,LA}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET ^{MO}	1	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	1	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	1	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	1	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	1	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL ^{DL}	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	1	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER ^{DL}	1	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{MO}	1	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	1	
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	1	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER ^{DL}	1	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET ^{DL}	1	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	1	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE ^{DL}	1	PA,QL(30 cada 30 días)
WELIREG 40 MG TABLET ^{DL}	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	1	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D		
1-day 6.5 % OINTMENT ^{DL}	1	
12 hour decongestant 120 mg TABLET ER ^{MO}	1	
12 hour nasal decongest (pse) 120 mg TABLET ER ^{MO}	1	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET ^{DL}	1	
24hour allergy 10 mg TABLET ^{DL}	1	
24hr allergy relief 5 mg TABLET ^{DL}	1	QL(30 cada 30 días)
24hr allergy-congestion relief 180-240 mg TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	1	
3-day vaginal 2 % CREAM ^{DL}	1	
50 plus adult eye health 250-5-1 mg CAPSULE ^{DL}	1	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER ^{DL}	1	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER ^{DL}	1	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT ^{DL}	1	
a thru z 18-500-300-250 mg-mcg-mcg-mcg TABLET ^{DL}	1	
a thru z advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET ^{DL}	1	
a thru z high potency TABLET ^{MO}	1	
a thru z men's ultimate 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
a thru z select 300-60-600-300 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	1	
a thru z select 50plus formula 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
a thru z select women's TABLET	1	
A-25 (VIT A PALMITATE) 7,500 MCG (25,000 UNIT) CAPSULE	1	
abanatuss ped 0.5-15-6.25 mg/ml DROPS	1	
abanatuss ped 2-60-25 mg/5 ml LIQUID	1	
abaneu-sl 600-600 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
ABATINEX 680 MG (750 MILLION CELL) CAPSULE	1	
abatuss dmx 1-30-15 mg/5 ml LIQUID	1	
abc complete adult 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
abc complete men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
abc complete senior 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
abc complete senior men's 300-60-600-300 mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abc complete women's 18-400 mg-mcg TABLET	1	
abc plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
abreva 10 % CREAM	1	
acerola c 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
acerola c-500 500 mg WAFER	1	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	1	
acetaminophen 160 mg, 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	1	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	1	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml LIQUID	1	
acetaminophen 325 mg CAPSULE	1	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	1	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	1	
acetaminophen extra strength 500 mg TABLET	1	
acetaminophen pain relief 500 mg TABLET	1	
acetaminophen pm 25-500 mg TABLET	1	
acetaminophen pm extra str 25-500 mg TABLET	1	
acid controller 10 mg, 20 mg TABLET	1	
acid controller complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	1	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	1	
acid reducer (cimetidine) 200 mg TABLET	1	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	1	
acid reducer complete (famot) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
acid reducer-antacid 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
acid-pep 20 mg TABLET	1	
acidophilus CHEWABLE TABLET	1	
acidophilus ex str (l. sporog) 35 million- 25 million cell TABLET	1	
acidophilus probiotic blend 175 mg CAPSULE	1	
acidophilus-pectin 75 million cell -100 mg CAPSULE	1	
acidophilus-pectin, citrus 100 million cell-10 mg, 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg CAPSULE	1	
acidophilus-pectin, citrus 25 million cell -100 mg TABLET	1	
acne cleanser 2 % CLEANSER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acne cleansing bar 10 % BAR	1	
acne control (salicylic acid) 2 % CLEANSER	1	
acne control(benzoyl peroxide) 10 % CLEANSER	1	
acne foaming wash 10 % CLEANSER	1	
ACNE MEDICATION 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	1	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION	1	
acne pads 2 % PADS, MEDICATED	1	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % CREAM	1	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	1	
acne wash 2 % CLEANSER	1	
acne-clear 10 % GEL	1	
acnomel 2-8 % CREAM	1	
ACTICON (DEXBROMPH-PSE) 1-30 MG/5 ML, 2-60 MG/5 ML SOLUTION	1	
acticon (dexbromph-pse) 2-60 mg TABLET	1	
actidogesic 500-1 mg TABLET	1	
actidogesic-df 500-1 mg TABLET	1	
actidom da 1-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
actidom dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	1	
actinel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	1	
actinel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	1	
actinel pediatric 15-5-50 mg/5 ml LIQUID	1	
adapalene 0.1 % GEL	1	QL(45 cada 30 días)
addaprin 200 mg TABLET	1	
adult 50 plus eye health 250-5-1 mg CAPSULE	1	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	1	
adult low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	1	
adult multivitamin (w-lutein) 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	1	
adult multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
adult one daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
adult robatussin peak cold m-s 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
adult tussin cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	1	
adult tussin cough congest dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
adult wal-tussin dm max 10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
adults multivitamin 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	1	
advanced acne spot treatment 2 % GEL	1	
advanced acne spot treatment 2 % OINTMENT	1	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
advanced exfoliating cleanser 5 % CLEANSER	1	
advanced healing (petrolatum) 41 % OINTMENT	1	
advanced probiotic 625 mg (10 billion cell) CAPSULE	1	
ADVIL 200 MG TABLET	1	
ADVIL DUAL ACTION 125-250 MG TABLET	1	
ADVIL JUNIOR STRENGTH 100 MG CHEWABLE TABLET	1	
ADVIL LIQUI-GEL 200 MG CAPSULE	1	
ADVIL LIQUI-GELS MINIS 200 MG CAPSULE	1	
ADVIL MIGRAINE 200 MG CAPSULE	1	
ADVIL PM 200-38 MG TABLET	1	
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN 200-10 MG TABLET	1	
after pill 1.5 mg TABLET	1	
AFTERA 1.5 MG TABLET	1	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	1	
air-power 200 mg TABLET	1	
ala-hist ir 2 mg TABLET	1	
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM) 2-7.5-15 MG/5 ML LIQUID	1	
alavert 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
alavert d-12 allergy-sinus 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
alba-lybe LIQUID	1	
alcaftadine 0.25 % DROPS	1	
aler-cap 25 mg CAPSULE	1	
ALEVE 220 MG CAPSULE	1	
ALEVE 220 MG TABLET	1	
ALEVE COLD AND SINUS 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
ALEVE SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
ALEVE-D SINUS AND COLD 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALEVE-D SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
alka-seltzer heartburn chew 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS 750-80 MG CHEWABLE TABLET	1	
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325-1,916-1,000 MG TABLET, EFFERVESCENT	1	
ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE) 2-7.8-325 MG TABLET, EFFERVESCENT	1	
ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM) 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG (NT) CAPSULE, SEQUENTIAL	1	
alka-seltzer plus day 5-10-325 mg CAPSULE	1	
alka-seltzer plus mucus-conges 10-200 mg CAPSULE	1	
alka-seltzer plus sinus-cough 5-10-325 mg CAPSULE	1	
alka-seltzer severe cold 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
alkums 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE	1	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	1	
all day allergy-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
all day cold and sinus 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
all day pain relief 220 mg TABLET	1	
all day pain relief sinus,cold 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
all day relief 220 mg TABLET	1	
all-nite cold-flu 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	1	
ALLEGRA ALLERGY 180 MG, 60 MG TABLET	1	
ALLEGRA HIVES 180 MG TABLET	1	
ALLEGRA-D 12 HOUR 60-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
ALLEGRA-D 24 HOUR 180-240 MG TABLET, ER 24 HR.	1	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	1	
aller-ease 180 mg TABLET	1	
aller-fex 180 mg TABLET	1	
aller-g-time 25 mg TABLET	1	
aller-tec 10 mg TABLET	1	
aller-tec d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allerclear 10 mg TABLET	1	
allerclear d-12hr 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allerclear d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
allergy 25 mg TABLET	1	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	1	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	1	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	1	
allergy and congestion relief 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
allergy and congestion relief 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy and sinus relief 25-10 mg TABLET	1	
allergy d-12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
allergy eye (naphazoline-phen) 0.025-0.3 % DROPS	1	
allergy medication 25 mg CAPSULE	1	
allergy medicine 25 mg TABLET	1	
allergy multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	1	
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
allergy relief (cetirizine) 10 mg CAPSULE	1	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	1	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	1	
allergy relief (levocetirizin) 5 mg TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
allergy relief (loratadine) 10 mg CAPSULE	1	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	1	
allergy relief (loratadine) 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	1	
allergy relief d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy relief multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	1	
allergy relief(chlorpheniramn) 4 mg TABLET	1	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	1	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	1	
allergy relief,nasal decongest 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
allergy relief-d (cetirizine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy relief-d (loratadine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy relief-d(fexofenadine) 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
allergy relief-d(fexofenadine) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy sinus pe 2-5-325 mg TABLET	1	
allergy sinus-d 2-30-500 mg TABLET	1	
allergy-congest relief-d(fexo) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy-congestion relief-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
allergy-time 4 mg TABLET	1	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
alophen (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	1	
altachlore 5 % DROPS	1	
altachlore 5 % OINTMENT	1	
altazine 0.05 % DROPS	1	
altipres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
altipres pediatric 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	1	
altipres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	1	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	1	
amerigel GEL	1	
aminofen 325 mg TABLET	1	
amlactin 12 % LOTION	1	
amladex 1-5-50 mg TABLET	1	
ammonium lactate 12 % CREAM	1	
ammonium lactate 12 % LOTION	1	
anecream 5 5 % CREAM	1	
animal chews CHEWABLE TABLET	1	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid (calcium carb-mag hyd) 1,000-200 mg, 550-110 mg CHEWABLE TABLET	1	
antacid (calcium carb-mag hyd) 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid and pain relief 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid anti-gas (ca carb-sim) 1,000-60 mg CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid exst (ca carb-mag hyd) 675-135 mg CHEWABLE TABLET	1	
antacid exst (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	1	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid extra-strength 168 mg calcium (420 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid liquid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid m 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid multi-symptom 675-135-60 mg CHEWABLE TABLET	1	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 mg), 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
anti-dandruff 1 % SHAMPOO	1	
anti-dandruff with menthol 1 % SHAMPOO	1	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
anti-diarrheal (lope)-anti-gas 2-125 mg TABLET	1	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 mL LIQUID	1	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	1	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	1	
anti-gas ultra strength 180 mg CAPSULE	1	
anti-itch (diphenhydramine) 2 % GEL	1	
anti-itch (hc) 1 % AEROSOL SPRAY	1	
anti-itch (hc) 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
anti-itch (hc) 1 % LOTION	1	
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	1	QL(240 cada 30 días)
anti-itch medicated 1-1 % CREAM	1	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	1	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	1	
anti-itch(hydrocortisone)-aloe 1 % CREAM	1	
anti-nausea SOLUTION	1	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	1	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	1	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	1	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	1	
antifungal 12.5 % LIQUID	1	
antifungal 25 % SOLUTION	1	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	1	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	1	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	1	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	1	
antifungal (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	1	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	1	
antifungal (tolnaftate) 1 % SOLUTION	1	
antifungal extra thick 2 % CREAM	1	
antifungal ringworm 1 % CREAM	1	
antifungal spray 1 % AEROSOL POWDER	1	
antitussive dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
ap-hist dm 4-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	1	
APATATE FORTE LIQUID	1	
APETEX 790 MG/15 ML LIQUID	1	
APETIGEN 790 MG/15 ML LIQUID	1	
aphen 325 mg TABLET	1	
aproline 2.5-60 mg TABLET	1	
aqua care 10 % CREAM	1	
aqua care 10 % LOTION	1	
aquagard 41 % OINTMENT	1	
aquanil hc 1 % LOTION	1	
aquaphor baby diaper rash 40 % OINTMENT	1	
AQUAPHOR BABY HEALING 41 % OINTMENT	1	
AQUAPHOR HEALING 41 % OINTMENT	1	
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	1	QL(240 cada 30 días)
AQUAPHOR ORIGINAL 41 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	1	
arthritis pain reliever 650 mg TABLET ER	1	
ascorbate calcium (vitamin c) 500 mg TABLET	1	
ascorbate calcium-bioflavonoid 500-250 mg TABLET	1	
ascorbic acid (vitamin c) GRANULES	1	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	1	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 500 mg CAPSULE	1	
ascorbic acid (vitamin c) 1,500 mg TABLET ER	1	
ascorbic acid (vitamin c) 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg CAPSULE, ER	1	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/5 ml SYRUP	1	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml SOLUTION	1	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg WAFER	1	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg, 94 mg CHEWABLE TABLET	1	
ascorbic acid-ascorbate sodium 53 mg LOZENGE	1	
ascorbic acid-bioflavonoids 1,000-50 mg, 500-300 mg CAPSULE	1	
ascorbic acid-zinc oxide 90-50 mg CAPSULE	1	
aspirin 300 mg SUPPOSITORY	1	
aspirin 325 mg, 500 mg, 650 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	1	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET	1	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	1	
aspirin childrens 81 mg CHEWABLE TABLET	1	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	1	
ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	1	QL(30 cada 25 días)
athenol 325 mg TABLET	1	
athlete's foot 2 % AEROSOL POWDER	1	
athlete's foot 2 % AEROSOL SPRAY	1	
athlete's foot 2 % POWDER	1	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	1	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % SOLUTION	1	
athlete's foot (terbinafine) 1 % CREAM	1	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL POWDER	1	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	1	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % CREAM	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
athletic foot cream 1 % CREAM	1	
auro dri swimmers' ear 95-5 % DROPS	1	
AVEENO BABY 1 % CREAM	1	
AVEENO MOISTURIZING 1 % CREAM	1	
aveeno soothing bath PACKET	1	
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	1	QL(30 cada 25 días)
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG, 99.5 MG TABLET	1	
azolen 2 % TINCTURE	1	
B ACTIV 680 MCG DFE CAPSULE	1	
b complex 1.7-20-2-1.2 mg/ml LIQUID	1	
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	1	
b complex 100 100-2-100-2-2 mg/ml SOLUTION	1	
b complex plus vitamin c 15-10-50-5-300 mg CAPSULE	1	
b complex w-vit c 18-10-45-5-250 mg TABLET	1	
b complex-vitamin b12 TABLET	1	
b complex-vitamin c 20 mg-5 mg- 2 mg-75 mcg CHEWABLE TABLET	1	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET	1	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER	1	
b-100 complex 100 mg TABLET ER	1	
b-12 dots 500 mcg TABLET	1	
b-12 plus 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
b-50 complex with inositol 400 mcg-25 mg- 50 mg CAPSULE	1	
b-complex TABLET	1	
b-complex plus b-12 7 mg-5 mg-4 mg- 25 mcg-10 mg TABLET	1	
b-complex plus vit c (calcium) 300 mg-150 mg calcium TABLET	1	
b-complex with b-12 2.5 mg-2.5 mg- 5 mg-100 mcg TABLET	1	
b-complex with vitamin c 400-500 mcg-mg TABLET	1	
b-complex with vitamin c CAPSULE	1	
b-complex with vitamin c TABLET ER	1	
b-right 680 mcg dfe CAPSULE	1	
b-sure 50 % PADS, MEDICATED	1	
b12 5,000-100 mcg LOZENGE	1	
B12 ACTIVE 1,000 MCG CHEWABLE TABLET	1	
b12-methyltetrahydrofolate-b6 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
baby ddrops 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	1	
baby skin protectant (pet) 41 % OINTMENT	1	
baby vitamin d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	1	
baby's super daily d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	1	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT	1	
bacitracin 500 unit/gram PACKET	1	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT	1	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT IN PACKET	1	
bacitraycin plus 500 unit/gram OINTMENT	1	
back and body pain reliever 500-32.5 mg TABLET	1	
backache relief extra strength 580 (467) mg TABLET	1	
balamine dm (chlor-pe) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
balance b-100 (folic acid) 0.4 mg TABLET	1	
balance b-50 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	1	
balanced b-100 0.4 mg TABLET	1	
balanced b-100 400 mcg TABLET ER	1	
balanced b-100 complex 100 mg TABLET ER	1	
balanced b-50 TABLET	1	
balanced b-50 complex (folic) 50 mcg TABLET	1	
balmex adult care 11.3 % CREAM	1	
balmex complete protection 11.3 % CREAM	1	
ban-acid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
banophen 25 mg TABLET	1	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	1	
banophen anti-itch 2-0.1 % CREAM	1	
bayer advanced 500 mg TABLET	1	
bayer aspirin 325 mg TABLET	1	
bayer aspirin 325 mg TABLET, DR/EC	1	
BAYER CHEWABLE ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TABLET	1	
bayer low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	1	
bayer plus extra strength 500 mg TABLET	1	
baza antifungal 2 % CREAM	1	
baza protect (zinc oxide) 12 % CREAM	1	
BC ARTHRITIS 1,000-65 MG POWDER IN PACKET	1	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BENADRYL ALLERGY 12.5 MG/5 ML LIQUID	1	
benadryl allergy 25 mg TABLET	1	
benadryl extra strength 2-0.1 % CREAM	1	
benfotiamine 150 mg CAPSULE	1	
benzepro 5.3 %, 9.8 % FOAM	1	
benzonatate 100 mg, 150 mg, 200 mg CAPSULE	1	
benzoyl peroxide 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	1	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % LOTION	1	
benzoyl peroxide 10 %, 5 %, 6 % CLEANSER	1	
benzphetamine 50 mg TABLET	1	
best fiber 3 gram/3.5 gram POWDER	1	
beta carotene 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	1	
beta med 2 % SHAMPOO	1	
beta-hc 1 % LOTION	1	
betasal 3 % SHAMPOO	1	
betatemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
bicarsim forte 125 mg TABLET	1	
BILAC 33 BILLION CELL CAPSULE	1	
BIO-D-MULSION 10 MCG/DROP (400 UNIT/DROP) DROPS	1	
BIO-D-MULSION FORTE 50 MCG/DROP (2,000 UNIT/DROP) DROPS	1	
bio-dtuss dmx 1-30-20 mg/5 ml LIQUID	1	
bio-rytuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
BIOCEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	1	
biocotron 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
biodesp dm 5-15-100 mg/5 ml LIQUID	1	
bionel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	1	
biopetit 790 mg/15 ml LIQUID	1	
biotect plus LIQUID	1	
biotin 1 mg, 10 mg, 5 mg, 800 mcg TABLET	1	
biotin 1 mg, 10,000 mcg, 2,500 mcg, 5 mg CAPSULE	1	
biotin 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg CHEWABLE TABLET	1	
biotin 10,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
biotin 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
BIOTRUE HYDRATION BOOST 0.5 % DROPS	1	
biozen 15.5 billion cell CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	1	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	1	
bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
black-draught lax-senna 8.6 mg TABLET	1	
blis-to-sol (tolnaftate) 1 % SOLUTION	1	
bone density calcium plus d 300-200-37.5 mg-unit-mg TABLET	1	
bonine 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
BOUDREAUX BUTT PASTE 40 % OINTMENT	1	
bp wash 10 %, 2.5 %, 5 % CLEANSER	1	
bpo 4 %, 8 % GEL	1	
bpo 6 % TOWELETTE	1	
brantussin dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	1	
brohist d 4-10 mg TABLET	1	
bromfed dm 2-30-10 mg/5 ml SYRUP	1	
bronchial asthma relief 12.5-200 mg TABLET	1	
brontuss sf 10-15-300 mg/5 ml LIQUID	1	
bufferin 325 mg TABLET	1	
butenafine 1 % CREAM	1	QL (30 cada 30 días)
c 1000-bioflavonoids-rose hips CAPSULE	1	
c complex 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	1	
c-1000 1,000 mg TABLET	1	
c-1000 1,000 mg TABLET ER	1	
c-1000 with rose hips 1,000 mg TABLET	1	
c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
c-500 500 mg TABLET	1	
c-500 500 mg TABLET ER	1	
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	1	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg TABLET	1	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 800 unit-40 mg, 600 mg-400 unit -40 mg-7.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
CAL MAG ZINC PLUS D3 333 MG-133 UNIT -133 MG-5 MG TABLET	1	
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	1	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calaclear LOTION	1	
calagesic 1-8 % LOTION	1	
calahist 1-0.1 % LOTION	1	
calahist clear LOTION	1	
calahist with pramoxine 1-8 % LOTION	1	
calamine clear 1-0.1 % LOTION	1	
calamine medicated 1-8 % LOTION	1	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % AEROSOL SPRAY	1	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % LOTION	1	
calc carb-mag ox-d3-zinc gluc 333 mg-133 mg- 1.67 mcg-5 mg TABLET	1	
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg TABLET	1	
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	1	
calcium 26-vit d3-magnesium 15 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg CAPSULE	1	
calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	1	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	1	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	1	
calcium 600 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	1	
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	1	
calcium 600 + minerals 600 mg calcium- 200 unit TABLET	1	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	1	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) CAPSULE	1	
calcium 600-d3 plus (mag-zinc) 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg TABLET	1	
calcium acetate 667 mg, 668 mg (169 mg calcium) TABLET	1	
calcium amino acid chelate 200 mg calcium TABLET	1	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	1	
calcium carb, citrate, malate 250 mg calcium CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium carb, citrate-vit d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) TABLET ER	1	
calcium carb,cit,mal-magnesium 167 mg calcium- 83 mg CAPSULE	1	
calcium carb-d3-mag cmb11-zinc 333 mg-200 unit -133 mg-5 mg TABLET	1	
calcium carb-d3-mag ox-zinc ox 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg TABLET	1	
calcium carb-mag ox-zinc gluc 333-133-5 mg TABLET	1	
calcium carb-mag ox-zinc sulf 333-133-5 mg, 334-134-5 mg TABLET	1	
calcium carbonate 200 mg calcium (500 mg), 260 mg calcium (650 mg), 400 mg calcium (1,000 mg), 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	1	
calcium carbonate 260 mg calcium (648 mg), 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	1	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	1	
calcium carbonate 800 mg calcium /2 gram POWDER	1	
calcium carbonate-simethicone 750-80 mg CHEWABLE TABLET	1	
calcium carbonate-vit d3-min 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	1	
calcium carbonate-vitamin d3 1,000 mg-20 mcg (800 unit), 250 mg-3 mcg (120 unit), 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
calcium carbonate-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	1	
calcium carbonate-vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-12.5 mcg (500 unit), 600 mg-25 mcg (1,000 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	1	
calcium cit-mag aspart,oxid-d3 250 mg-125 mg- 200 unit WAFER	1	
calcium citrate 200 mg (950 mg), 250 mg calcium TABLET	1	
calcium citrate 760 mg calcium /3.5 gram GRANULES	1	
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
calcium citrate malate-vit d3 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	1	
calcium citrate plus 250 mg-40 mg- 125 unit-3.75mg TABLET	1	
calcium citrate plus (vit b6) 250-40-5-125 mg-mg-mg-unit TABLET	1	
calcium citrate-vitamin d3 1,000 mg-10 mcg /30 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium citrate-vitamin d3 200 mg-3.125 mcg (125 unit), 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	1	
calcium citrate-vitamin d3 500 mg-12.5 mcg (500 unit) CHEWABLE TABLET	1	
calcium for women 500 mg-100 unit -40 mcg CHEWABLE TABLET	1	
calcium gluconate 50 mg calcium CAPSULE	1	
calcium gluconate 60 mg calcium (650 mg) TABLET	1	
calcium lactate 100 mg calcium TABLET	1	
calcium magnesium plus d 400-167-133 mg-mg-unit TABLET	1	
calcium no.38-d3-mag-boron 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml LIQUID	1	
calcium phos-d3-magnesium-zinc 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg CHEWABLE TABLET	1	
calcium phosphate 825 mg calcium /2.8 gram POWDER	1	
calcium phosphate-vitamin d3 200 mg-5 mcg (200 unit), 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit) CHEWABLE TABLET	1	
calcium plus menaq7 adult 500 mg calcium- 200 unit-90 mcg TABLET	1	
calcium plus menaq7 senior 600 mg-1,000 unit-90 mcg TABLET	1	
calcium with boron 500-1.5 mg TABLET	1	
calcium with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	1	
calcium-d3-zinc-copper-mangan 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg TABLET	1	
calcium-folic acid-vitamin d 500-50-300-1 mg-mg-unit-mg WAFER	1	
calcium-magnesium 300-300 mg TABLET	1	
calcium-magnesium-copper-zinc TABLET	1	
calcium-magnesium-vit d3-boron 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg CAPSULE	1	
calcium-magnesium-zinc 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg TABLET	1	
calcium-vitamin d3-vitamin k 500 mg-1,000 unit-40 mcg, 500 mg-200 unit -40 mcg, 500 mg-500 unit -40 mcg, 650 mg-12.5 mcg-40 mcg CHEWABLE TABLET	1	
caldyphen 1-8 % LOTION	1	
caldyphen clear 1-0.1 % LOTION	1	
caldyphen clear(pram-cmphr-zn) LOTION	1	
CALICYLIC 10 % CREAM	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
callus remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
CALPHRON 667 MG TABLET	1	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	1	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG CHEWABLE TABLET	1	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG TABLET	1	
CAPRON DM 7.5-7.5 MG/5 ML LIQUID	1	
CARTIVISC 500-200-150 MG TABLET	1	
cascara sagrada 270 mg CAPSULE	1	
castor oil 100 % OIL	1	
celebrate b-12 quick-melt 1,000-200 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	1	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	1	
centratex 106 mg iron- 1 mg CAPSULE	1	
centravites 0.4-162-18 mg TABLET	1	
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	1	
centrum 18-400 mg-mcg TABLET	1	
centrum 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY 120 MCG CHEWABLE TABLET	1	
centrum adult 50 plus 80 mcg CHEWABLE TABLET	1	
centrum complete 18-400 mg-mcg TABLET	1	
CENTRUM MEN 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	1	
centrum multigummies men 80 mcg CHEWABLE TABLET	1	
centrum multigummies women 80 mcg CHEWABLE TABLET	1	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
CENTRUM SILVER MEN 300-60-600-300 MCG TABLET	1	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300-60-600-300 MCG TABLET	1	
centrum specialist heart 3-200-400 mg-mcg-mg TABLET	1	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	1	
centrum women 18-400 mg-mcg TABLET	1	
century 18-400 mg-mcg TABLET	1	
century adult formula 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	1	
century adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
century mature 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
century men 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
century men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	1	
century women 18-400 mg-mcg TABLET	1	
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	1	
cenvite 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
cerave psoriasis 2 % CREAM	1	
CEREFOLIN 6-5-50-1 MG TABLET	1	
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS 600-2-6 MG TABLET	1	
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL) 6 MG-600 MG- 2 MG-90.314 MG TABLET	1	
CEROVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG TABLET	1	
certa plus 18-0.4-250 mg-mg-mcg TABLET	1	
CERTAVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG TABLET	1	
certavite-antioxidant 18-400 mg-mcg TABLET	1	
cetaphil eczema restoraderm 1 % LOTION	1	
cetiri-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	1	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	1	
cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION	1	
cetirizine-pseudoephedrine 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	1	
chest congestion relief 400 mg TABLET	1	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
chest congestion relief dm 20-400 mg TABLET	1	
chest congestion relief pe 10-400 mg TABLET	1	
chest congestion-cough hbp 10-200 mg CAPSULE	1	
chest congestion-cough relief 20-400 mg TABLET	1	
chest-sinus congestion relief 10-400 mg TABLET	1	
chewable iron 30-10-25 mg CHEWABLE TABLET	1	
child allergy plus congestion 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
child allergy relief (diphen) 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
child benadryl plus congestion 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
child chest congestion-cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
child chewable vitamn complete 18 mg iron CHEWABLE TABLET	1	
child cold-cough day-night 6.25-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION, SEQUENTIAL	1	
child complete multivitamin 18 mg iron CHEWABLE TABLET	1	
child cough and sore throat 160-5 mg/5 ml SUSPENSION	1	
child cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
child cough-cold (bromphen-dm) 2-10 mg/10 ml LIQUID	1	
child delsym cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
CHILD DELSYM COUGH-COLD 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	1	
child dimetapp cough-allergy 12.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
child dometuss-da 1-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
child fever reducer-pain relvr 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
child giltuss allergy plus(dm) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH 325-10 MG/10 ML LIQUID	1	
CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	1	
child mucus relief cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	1	
child multi-symptom cold-fever 5-10-325 mg/10 ml LIQUID	1	
child multivitamin plus iron 18 mg iron CHEWABLE TABLET	1	
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	1	
child plus cough and runnynose 1-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
child probiotic digest-immune 5 billion cell CHEWABLE TABLET	1	
child wal-tap cold-allergy 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL (300 cada 30 días)
child's fiber select gummies 1.5 gram CHEWABLE TABLET	1	
child's mucus relief m-s cold 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
child's omega-3 dha multivitam 250-3-50 unit,mg,unit CHEWABLE TABLET	1	
children dimetapp m-s cold-flu 6.25-2.5-160 mg/5 ml LIQUID	1	
children multivitamin CHEWABLE TABLET	1	
children night time cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
children's acetaminophen 160 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	1	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	1	
CHILDREN'S ADVIL 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY 30 MG/5 ML SUSPENSION	1	
children's aller-tec 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
children's allergy relief(fex) 30 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	1	
children's allergy(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
children's antacid 400 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	1	
CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	1	QL(30 cada 25 días)
children's benadryl allergy 12.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	1	
children's chew multivitamin CHEWABLE TABLET	1	
children's chewable complete 9-200 mg iron-mcg CHEWABLE TABLET	1	
children's chewable multivitmn 300 mcg CHEWABLE TABLET	1	
children's chewables 300 mcg CHEWABLE TABLET	1	
children's chewables extra c 300 mcg CHEWABLE TABLET	1	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG CHEWABLE TABLET	1	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML SOLUTION	1	
children's cold and cough (pe) 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
children's cold and cough dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
children's cold-allergy (pe) 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
children's cold-cough daytime 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	1	
children's cold-cough-sore 5-10-325 mg/10 ml LIQUID	1	
children's cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
children's cough-cold relief 2-15 mg/15 ml LIQUID	1	
children's dibromm cold-allerg 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
children's dibromm dm cold-cou 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH 2-10 MG/10 ML LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's easy-melts 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
children's fever reducing 120 mg SUPPOSITORY	1	
children's flu relief 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's giltuss cough-chest 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's m-s cold day-night 325-12.5-5 mg/10 ml(nt) LIQUID, SEQUENTIAL	1	
children's mapap 160 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
CHILDREN'S MOTRIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	1	
children's motrin jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's mucinex cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
children's multi-symptom cold 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
children's multi-vit gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
children's multivit (w lutein) 50 mcg CHEWABLE TABLET	1	
children's multivitamin CHEWABLE TABLET	1	
children's multivitamin gummy CHEWABLE TABLET	1	
children's multivitamin-immune CHEWABLE TABLET	1	
children's non-aspirin 160 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's pain relief 160 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's pain relief 160 mg/5 ml ELIXIR	1	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's pain-fever relief 160 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's pain-fever relief 160 mg POWDER IN PACKET	1	
children's pain-fever relief 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml LIQUID	1	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's pepto 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	1	
children's plus flu 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's probiotic 5 billion cell CHEWABLE TABLET	1	
children's profen ib 100 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's soothe 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	1	
children's stuffy nose-cold 2.5-100 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's sudafed pe cough 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	1	
children's tylenol 160 mg CHEWABLE TABLET	1	
CHILDREN'S TYLENOL 160 MG/5 ML SUSPENSION	1	
CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU 1-2.5-5-160 MG/5 ML SUSPENSION	1	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml PREFILLED SPOON	1	
children's wal-fex 30 mg/5 ml SUSPENSION	1	
children's wal-zyr 1 mg/ml SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
children's wal-zyr 10 mg CHEWABLE TABLET	1	
children's wal-zyr 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML SOLUTION	1	QL(300 cada 30 días)
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 10 MG CHEWABLE TABLET	1	
childrens chewable probiotic 1.5 billion cell CHEWABLE TABLET	1	
childrens fiber gummy bear 1.5 gram CHEWABLE TABLET	1	
CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD 10-15-300 MG/5 ML LIQUID	1	
childrens giltuss ex 200 mg/5 ml LIQUID	1	
childrens plus cold 1-2.5-160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
childrens plus multi-symp cold 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
chilids triacting cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
chld robitussin cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
chld robitussin night cough dm 1-7.5 mg/5 ml LIQUID	1	
chlorhist 4 mg TABLET	1	
chlorpheniramine maleate 12 mg TABLET ER	1	
chlorpheniramine maleate 4 mg TABLET	1	
chlortabs 4 mg TABLET	1	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 75 mcg (3,000 unit) TABLET	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit) CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/0.25 ml, 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml), 125 mcg/ml (5,000 unit/ml), 25 mcg/drop (1000 unit/drop) DROPS	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/5 ml (400 unit/5 ml), 12.5 mcg/5 ml (500 unit/5 ml) LIQUID	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/ml (400 unit/ml) SYRINGE	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 125 mcg (5,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET, DISINTEGRATING	1	
cholecalciferol (vitamin d3) 25 mcg/spray 1,000unit/spray SPRAY, SUSPENSION	1	
cidatine (glucosamine) 500 mg TABLET	1	
cimetidine 200 mg TABLET	1	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	1	
citracal regular 250 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
CITRACAL-D3 GUMMIES 250 MG-12.5 MCG (500 UNIT) CHEWABLE TABLET	1	
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET	1	
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE 600 MG-12.5 MCG (500 UNIT) TABLET ER	1	
citrate of magnesia SOLUTION	1	
CITROMA SOLUTION	1	
citrucel 500 mg TABLET	1	
CLARITIN 10 MG TABLET	1	
CLARITIN 5 MG/5 ML SOLUTION	1	
CLARITIN REDITABS 10 MG TABLET, DISINTEGRATING	1	
CLARITIN-D 12 HOUR 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
claritin-d 24 hour 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
clear anti-itch 1-0.1 % LOTION	1	
clear away 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
clear fiber 3 gram/4 gram POWDER	1	
clearasil daily clear(benzoyl) 10 % CREAM	1	
clearasil rapid rescue (salic) 2 % CLEANSER	1	
clearasil rapid rescue (salic) 2 % PADS, MEDICATED	1	
clearasil stubborn acne 2 % CLEANSER	1	
clearasil ultra 10 % CREAM	1	
CLEARBLUE DIGITAL OVULATION KIT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST KIT	1	
CLEARBLUE EASY OVULATION COMBO PACK	1	
CLEARBLUE EASY OVULATION TEST KIT	1	
CLEARBLUE FERTILITY MONITOR KIT	1	
CLEARBLUE FERTILITY STICKS KIT	1	
CLEARBLUE PREGNANCY TEST KIT	1	
clearcanal earwax softener 6.5 % DROPS	1	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	1	
clearlax 17 gram/dose POWDER	1	
clinere ear wax removal 6.5 % DROPS	1	
clotrimazole 1 % CREAM	1	
clotrimazole 1 % SOLUTION	1	
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	1	
clotrimazole af 1 % CREAM	1	
clotrimazole-3 2 % CREAM	1	
clotrimazole-7 1 % CREAM	1	
cocoa butter petroleum OINTMENT	1	
cod liver oil CAPSULE	1	
cod liver oil OIL	1	
codeine-guaifenesin 10-100 mg/5 mL LIQUID	1	
coditussin ac 10-200 mg/5 mL LIQUID	1	
col-rite 100 mg, 250 mg CAPSULE	1	
cola (syrup) SYRUP	1	
COLACE 100 MG CAPSULE	1	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	1	
cold and cough elixir 1-2.5-5 mg/5 mL SOLUTION	1	
cold and flu hbp 2-325 mg TABLET	1	
cold and flu relief plus (d/n) 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	1	
cold and flu relief(diphen-pe) 12.5-5-325 mg/10 mL LIQUID	1	
cold and flu severe 5-10-325-200 mg TABLET	1	
cold and sinus pain relief 30-200 mg TABLET	1	
cold head congest(gg-pe-acetm) 5-325-200 mg TABLET	1	
cold head congestion day/nite 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
cold head congestion daytime 5-10-325 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cold head congestion nighttime 2-5-10-325 mg TABLET	1	
cold head congestion sever day 5-10-325-200 mg TABLET	1	
cold max day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
cold max daytime 5-10-325 mg TABLET	1	
cold multi-symptom 5-10-325 mg TABLET	1	
cold multi-symptom (chlorphen) 2-5-10-325 mg TABLET	1	
cold multi-symptom day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
cold multi-symptom nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
cold relief 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
cold relief m/s day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
cold relief plus 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
cold-cough sinus relief pe 5-10-325-100 mg TABLET	1	
cold-flu m-symptom day-night 2-5-10-325-200 mg (day/night) TABLET, SEQUENTIAL	1	
cold-flu relief 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	1	
cold-flu-sore throat 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
cold-sinus relief 30-200 mg TABLET	1	
cold-sinus relief (ibuprofen) 30-200 mg CAPSULE	1	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
complete allergy 25 mg CAPSULE	1	
complete allergy 25 mg TABLET	1	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	1	
complete allergy medicine 25 mg TABLET	1	
complete lice treatment 4-0.33-0.5 % KIT	1	
complete multivitamin-mineral 18-400 mg-mcg TABLET	1	
complete multivitamin-mineral 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
complete mv adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
completenate 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET	1	
complex b-100 400 mcg TABLET ER	1	
compound w 17 % LIQUID	1	
compound w 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
compound w dual power 2-in-1 17 % KIT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
compound w gel kit 17 % KIT	1	
condrolite 500-200-150 mg TABLET	1	
conex 2-60 mg TABLET	1	
conex 2-60 mg/5 ml SOLUTION	1	
conex pediatric 1-30 mg/5 ml SOLUTION	1	
congest-eze pe 10-400 mg TABLET	1	
congestion relief (ibuprof-pe) 200-10 mg TABLET	1	
contac cold-flu day 5-500 mg TABLET	1	
contac cold-flu night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	1	
coral calcium 185 mg-50 mg- 2.5 mcg, 250-125-100 mg-mg-unit CAPSULE	1	
coricidin hbp chest cong-cough 10-200 mg CAPSULE	1	
coricidin hbp cold and flu 2-325 mg TABLET	1	
coricidin hbp cold-multi sympt 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	1	
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD 4-30 MG TABLET	1	
corn remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
corn-callus remover 17 % KIT	1	
corn-callus remover 17 % LIQUID	1	
cortisone (hydrocortisone) 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
cortisone (hydrocortisone) 1 % LOTION	1	
cortisone cooling 1 % GEL	1	
cortisone with aloe 1 % CREAM	1	
cortizone-10 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % GEL	1	
cortizone-10 1 % LOTION	1	
cortizone-10 1 % OINTMENT	1	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % SOLUTION	1	
cortizone-10 feminine itch 1 % CREAM	1	
cortizone-10 with aloe 1 % CREAM	1	
corvita 1.25-2.5-7 mg TABLET	1	
corvita 150 150-1.25-120-10 mg TABLET	1	
CORVITE 1.25-2.5-7 MG TABLET	1	
cosamin ds 500-400 mg TABLET	1	
cough and cold (chlorphen-dm) 4-30 mg TABLET	1	
cough and cold mucus relief cf 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cough and severe cold 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	1	
cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	1	
cough syrup dm 5-50 mg/5 ml SYRUP	1	
cough-chest congestion dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
cough-cold relief hbp 4-30 mg TABLET	1	
cough-sore throat night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	1	
creamy acne face 4 % CLEANSER	1	
critic-aid clear af(miconazol) 2 % OINTMENT	1	
curad petroleum jelly OINTMENT IN PACKET	1	
curae 1.5 mg TABLET	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 100 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 500 mcg TABLET	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 3,000 mcg, 500 mcg LOZENGE	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg CAPSULE	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/15 ml LIQUID	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,500 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 3,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg TABLET, IR/ER, BIPHASIC	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg, 500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	1	
cyanocobalamin-cobamamide 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
cyanocobalamin-methylcobalamin 5,000 mcg/ml DROPS	1	
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	1	
d3 dots 50 mcg (2,000 unit) TABLET	1	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	1	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	1	
daily acne wash 2 % CLEANSER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daily face wash 2 % CLEANSER	1	
daily fiber 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	1	
daily fiber (psyllium-aspart) 3 gram, 3.4 gram POWDER IN PACKET	1	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	1	
daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
daily multi-vitamin TABLET	1	
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	1	
daily multivitamin 200-100-500 mcg CAPSULE	1	
daily multivitamin with iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	
daily multivitamin-minerals TABLET	1	
daily probiotic 2.5 billion cell CAPSULE	1	
daily probiotic (b.infantis) 1 billion cell CAPSULE	1	
daily value TABLET	1	
daily vitamin formula TABLET	1	
daily vitamin formula-iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	
daily vitamin formula-minerals TABLET	1	
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET	1	
DAILY VITES/IRON TABLET	1	
DAILY-VITE TABLET	1	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) 400 MCG TABLET	1	
dandruff shampoo (pyrithione) 1 % SHAMPOO	1	
dandruff shampoo (selen-aloe) 1 % SHAMPOO	1	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	1	
dandruff shampoo/conditioner 1 % SHAMPOO	1	
day multi-symp flu-severe cold 10-20-500 mg POWDER IN PACKET	1	
day-cold night-cold-flu(doxyl) 6.25-5-10-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	1	
day-night severe cold-flu 25-10-20-650 mg/30 ml LIQUID, SEQUENTIAL	1	
day-nite severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg (nt) TABLET, SEQUENTIAL	1	
dayhist allergy 1.34 mg TABLET	1	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	1	
daylogic acne treatment 10 % GEL	1	
daylogic advanced healing 41 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daytime cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	1	
daytime cold-flu 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg CAPSULE	1	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
daytime max cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	1	
daytime-cold nighttime-cld-flu 10 mg-650 mg/20 ml (day-night) LIQUID, SEQUENTIAL	1	
daytime-nighttime 10-5-325mg(d)/ 15-325-6.25mg CAPSULE, SEQUENTIAL	1	
daytime-nighttime cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID, SEQUENTIAL	1	
daytime-nighttime cough 15mg/15ml(d)/ 12.5-30mg/30ml LIQUID, SEQUENTIAL	1	
ddrops 25 mcg/drop (1000 unit/drop), 50 mcg/drop (2, 000 unit/drop) DROPS	1	
DEBROX 6.5 % DROPS	1	
debrox kids 95-5 % DROPS	1	
debrox swimmer's ear 95-5 % DROPS	1	
decara 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
dekas essential 600 mcg-50 mcg- 101 mg-1,000mcg CAPSULE	1	
delsym cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
DELSYM COUGH-SORE THROAT 325-10 MG/10 ML LIQUID	1	
delta d3 10 mcg (400 unit) TABLET	1	
DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN) 1-30-15 MG/5 ML LIQUID	1	
DEPLIN (ALGAL OIL) 15-90.314 MG, 7.5-90.314 MG CAPSULE	1	
deplin fc 15 mg CAPSULE	1	
dermacinrx atrix 2 % CLEANSER	1	
DERMACINRX ATRIX 2 % LIQUID	1	
dermacinrx lacterol 31 billion cell CAPSULE	1	
dermacinrx probinate 31 billion cell CAPSULE	1	
dermacinrx probisol 31 billion cell CAPSULE	1	
dermacinrx probitrax 31 billion cell CAPSULE	1	
dermacinrx probitrol 31 billion cell CAPSULE	1	
dermacinrx promerol 31 billion cell CAPSULE	1	
dermafungal 2 % CREAM	1	
DERMAPHOR 44 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dermarest eczema (hydrocort) 1 % LOTION	1	
dermarest psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	1	
dermazinc 2 % BAR	1	
dermazinc shampoo 2 % SHAMPOO	1	
DERMAZINC SPRAY 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	1	
desenex 2 % CREAM	1	
desenex 2 % POWDER	1	
DESGEN 2.5-5-50 MG/ML DROPS	1	
desgen dm 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
desgen dm (pseudoephedrine) 30-10-200 mg TABLET	1	
despec dm-g 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
despec eda cough-cold drops 2.5-5-50 mg/ml DROPS	1	
despec-dm (phenyleph-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif) 30-10-200 mg TABLET	1	
dexbrompheniramine-phenylep-dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	1	
dexchlorphen-pse-chlophedianol 1-30-12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
dexifol 5 mg TABLET	1	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
dextromethorphan-guaifenesin 20-400 mg TABLET	1	
dextromethorphan-guaifenesin 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
dhs sal 3 % SHAMPOO	1	
DHS ZINC 2 % SHAMPOO	1	
diabetes health formula 500-250 mcg TABLET	1	
diabetic multivitamin 120 mcg CHEWABLE TABLET	1	
diabetic tussin dm 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
diabetic tussin ex 100 mg/5 ml LIQUID	1	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	1	
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	1	
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX 1,250 MCG (50,000 UNIT) TABLET	1	
diamode 2 mg TABLET	1	
diaper balm 22 % OINTMENT	1	
diaper rash 13 % CREAM	1	
diaper rash 40 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diaper rash 40 % PASTE	1	
diarrhea relief (bismuth subs) 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
diethylpropion 25 mg TABLET	1	
diethylpropion 75 mg TABLET ER	1	
DIFFERIN 0.1 % GEL	1	QL (45 cada 30 días)
digestive probiotic 10 billion cell, 3 billion cell CAPSULE	1	
digestive probiotic 2 billion cell CAPSULE, SPRINKLE	1	
digestive relief 262 mg TABLET	1	
digestive relief 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
DIGITAL PREGNANCY TEST KIT	1	
dimaphen dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
dimenhydrinate 50 mg TABLET	1	
DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE) 1-2.5 MG/5 ML SOLUTION	1	
dimetapp cold-congestion 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) 1-2.5-5 MG/5 ML SOLUTION	1	
diotame 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
diphenhydrl 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
diphenhydrl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
diphen 25 mg TABLET	1	
diphenhydramine hcl 12.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	1	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	1	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	1	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
DOAN'S EXTRA STRENGTH 580 (467) MG TABLET	1	
docosanol 10 % CREAM	1	
docuprene 100 mg TABLET	1	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	1	
docusate sodium 100 mg TABLET	1	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	1	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	1	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	1	
docusate sodium 60 mg/15 ml SYRUP	1	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dok 100 mg TABLET	1	
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN) 500-1 MG TABLET	1	
DOLOGESIC-DE 500-1 MG TABLET	1	
dometuss g 5-10-325-100 mg TABLET	1	
dometuss-dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	1	
dometuss-nr 4-10-20 mg TABLET	1	
dona 750 mg TABLET	1	
double antibiotic (b.tracn zn) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	1	
double antibiotic-pain relief 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	1	
dr manzanilla cough-cold 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
dr scholl's clear away 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
DR. SMITH'S DIAPER 10 % OINTMENT	1	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	1	
dramamine (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	1	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	1	
drimate 50 mg TABLET	1	
dripdrop 700-410-150 mg POWDER IN PACKET	1	
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE	1	
DRISTAN COLD 2-5-325 MG TABLET	1	
dss 250 mg CAPSULE	1	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
dual action freeze away wart 17 % KIT	1	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	1	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG SUPPOSITORY	1	
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DR/EC	1	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	1	
dulcolax stool softener (dss) 100 mg CAPSULE	1	
duofilm 17 % LIQUID	1	
duragel callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	1	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	1	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	1	
e-200 90 mg (200 unit) CAPSULE	1	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % DROPS	1	
ear drops for swimmers 95-5 % DROPS	1	
ear dry 95-5 % DROPS	1	
ear wax removal drops 6.5 % DROPS	1	
ear wax removal kit 6.5 % DROPS	1	
ear wax removal system 6.5 % COMBO PACK	1	
EARLY PREGNANCY TEST KIT	1	
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT	1	
easy fiber 3 gram/3.8 gram POWDER	1	
easy fiber (wheat dextrin) 1 gram-100 mg calcium CHEWABLE TABLET	1	
eazze the pain 25-500 mg TABLET	1	
econtra ez 1.5 mg TABLET	1	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	1	
ECOTRIN 325 MG TABLET, DR/EC	1	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	1	
eczema 1 % LOTION	1	
eczema care 1 % CREAM	1	
eczema relief 1 % CREAM	1	
ed a-hist 4-10 mg TABLET	1	
ed a-hist 4-10 mg/5 mL LIQUID	1	
ed a-hist dm 4-10-15 mg/5 mL LIQUID	1	
ed bron gp 5-100 mg/5 mL LIQUID	1	
ed chlorped jr 2 mg/5 mL SYRUP	1	
ed-apap 160 mg/5 mL LIQUID	1	
effaclar (salicylic acid) 2 % CLEANSER	1	
effaclar adapalene 0.1 % GEL	1	QL(45 cada 30 días)
efferves pain relief antacid 325 mg, 325-1,916-1,000 mg, 500-1,985-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
electrolytes-dextrose PACKET	1	
electrolytes-dextrose SOLUTION	1	
elfolate 15 mg, 7.5 mg TABLET	1	
elfolate plus 2-3-35 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
elon dual defense 25 % SOLUTION	1	
EMERGEN-C 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET	1	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
emetrol SOLUTION	1	
emetrol chewable 230 mg CHEWABLE TABLET	1	
endacof - dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	1	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	1	
endur-c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	1	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	1	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	1	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	1	
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION	1	
ENTEX T 60-375 MG TABLET	1	
epsom salt (laxative) 495 mg/5 gram GRANULES	1	
equalactin 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 10 mcg (400 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	1	
essence c 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
essentia 18-400 mg-mcg TABLET	1	
eucerin baby eczema relief 1 % CREAM	1	
eucerin eczema relief 1 % CREAM	1	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	1	
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250-250-65 MG TABLET	1	
EXCEDRIN MIGRAINE 250-250-65 MG TABLET	1	
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	1	
expectorant 200 mg TABLET	1	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	1	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
expectorant dm 20-300 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	1	
extra strength bayer 500 mg TABLET	1	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	1	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	1	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	1	
eye allergy relief 0.025-0.3 %, 0.02675-0.315 % DROPS	1	
eye drops (tetrahydrozoline) 0.05 % DROPS	1	
eye drops (with povidone) 0.05-0.1-1-1 % DROPS	1	
eye drops a.c. 0.05-0.25 % DROPS	1	
eye drops advanced relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	1	
eye drops irritation relief 0.05-0.25 % DROPS	1	
eye drops moisturizing relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	1	
eye drops relief 0.05-0.25 % DROPS	1	
eye drops(tetrahydroz-zn sulf) 0.05-0.25 % DROPS	1	
eye drops(tetrahydrozolin-peg) 0.05-1 % DROPS	1	
eye health plus lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	1	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
eye multivitamin 2,148 mcg-113 mg-45 mg-17.4mg TABLET	1	
ezfe 200 200 mg iron CAPSULE	1	
fa-8 0.8 mg CAPSULE	1	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	1	
FANTASY CONDOM DEVICE	1	
fast mucus relief severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	1	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	1	
fe c 100-250 mg TABLET	1	
fe c plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	1	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	1	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	1	
fenesin ir 400 mg TABLET	1	
fenesin pe ir 10-400 mg TABLET	1	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML DROPS	1	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	1	
fergon 225 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron) TABLET	1	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	1	
ferrex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	1	
ferrex 150 forte plus 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	1	
ferrex 150 plus 150-50-50 mg CAPSULE	1	
ferrex 28 151-200-1-0.8 mg TABLET	1	
ferric glycinate 18 mg iron/15 mL LIQUID	1	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	1	
ferro-sequels (iron-vit c) 200 mg (65 mg iron)-25 mg TABLET ER	1	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	
ferrocite 324 mg (106 mg iron) TABLET	1	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron), 89 mg (29 mg iron) TABLET	1	
ferrous gluconate 18 mg iron CAPSULE	1	
ferrous gluconate 236 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron), 256 mg (28 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	1	
ferrous sulfate 142 mg (45 mg iron) TABLET ER	1	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/mL DROPS	1	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 mL ELIXIR	1	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 mL SOLUTION	1	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 mL LIQUID	1	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron), 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	1	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	
fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	1	
FEVERALL 120 MG, 650 MG SUPPOSITORY	1	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	1	
fexofenadine-pseudoephedrine 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
fexofenadine-pseudoephedrine 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	1	
fiber (dextrin) 3 gram/3.5 gram POWDER	1	
fiber (dextrin) 3 gram/4 gram POWDER IN PACKET	1	
fiber (psyllium husk) 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	1	
fiber (psyllium husk-sugar) 3 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	1	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fiber delights 2 gram CHEWABLE TABLET	1	
fiber gummies 1.7 gram, 2 gram CHEWABLE TABLET	1	
fiber gummies (with b-complex) 2.5 gram CHEWABLE TABLET	1	
fiber gummies (with chromium) 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	1	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	1	
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	1	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	1	
fiber select gummies 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	1	
fiber supplement (inulin) 2 gram CHEWABLE TABLET	1	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	1	
fiber therapy (ca polycarboph) 625 mg TABLET	1	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	1	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	1	
fiber therapy laxative (husk) 0.52 gram CAPSULE	1	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	1	
fiber with probiotic 4 g-500 million cell/6 gram POWDER	1	
fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	1	
fiber-lax 625 mg TABLET	1	
FIBER-STAT 15 GRAM/30 ML LIQUID	1	
fiber-tabs 625 mg TABLET	1	
FIBERCON 625 MG TABLET	1	
fiberex f15 15 gram/30 ml LIQUID	1	
first aid antibiotic 3.5-500-10,000 mg-unit-unit, 3.5mg-400 unit-5,000 unit/gram OINTMENT	1	
first aid antibiotic-pain rlf 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	1	
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST KIT	1	
flanax (naproxen) 220 mg TABLET	1	
flavor chews antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	1	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	1	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	1	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	1	
FLEET MINERAL OIL ENEMA	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
flevoxin 1,000-50-50 mg TABLET ER	1	
flexitol 25 % CREAM	1	
flintstones multivitamin 300 MCG CHEWABLE TABLET	1	
flintstones/extra c CHEWABLE TABLET	1	
flonase headache-allergy rlf 2-5-325 mg TABLET	1	
FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF 2.5 MG TABLET	1	
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET	1	
floranex 100 million cell GRANULES IN PACKET	1	
FLORAVANCE 15 BILLION CELL CAPSULE	1	
floraxyl 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
flu hbp 2-10-325 mg, 2-15-500 mg TABLET	1	
flu severe cold-night(diph-pe) 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	1	
flu-severe cold-cough daytime 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	1	
flu-severe cold-cough night 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	1	
fluoride (sodium) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	1	
fluoride (sodium) 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml DROPS	1	
foaming acne face wash 10 % CLEANSER	1	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	1	
FOLAFY ER 25,500 MCG DFE TABLET ER	1	
folamax 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
folaprim 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
folbee 2.5-25-1 mg TABLET	1	
folbee plus 5 mg TABLET	1	
folbic 2.5-25-2 mg TABLET	1	
folbic rf 2-1.13-25 mg TABLET	1	
folic acid 0.8 mg, 20 mg, 480 mcg CAPSULE	1	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 1 mg, 400 mcg, 800 mcg TABLET	1	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
folic acid-vit b6-vit b12 0.5-5-0.2 mg TABLET	1	
folic d3 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	1	
folitab 105 mg iron- 500 mg-800 mcg TABLET ER	1	
folivane-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	1	
folivane-plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
folplex 2.2 2.2-25-0.5 mg TABLET	1	
foltabs 800 0.8-10-115 mg-mg-mcg TABLET	1	
foltanx 2-3-35 mg TABLET	1	
foltanx rf 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	1	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	1	
FOLTX 2-1.13-25 MG TABLET	1	
folvite-d 94 mcg- 1 mg TABLET	1	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	1	
formula 3 1 % SOLUTION	1	
fruit c 100 mg CHEWABLE TABLET	1	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	1	
fungi-nail 25 % SOLUTION	1	
fungi-nail (tolnaftate) 1 % SOLUTION	1	
FUNGOID TINCTURE 2 % TINCTURE	1	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
g-fenesin 400 mg TABLET	1	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	1	
G-SUPRESS DX 2.5-5-50 MG/ML DROPS	1	
g-tron ped 10-15-350 mg/5 ml LIQUID	1	
g-tron ped 2.5-5-100 mg/ml DROPS	1	
G-TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	1	
gas relief (simethicone) 125 mg, 180 mg, 250 mg CAPSULE	1	
gas relief (simethicone) 125 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
gas relief 80 (simethicone) 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
gas relief extra strength 125 mg CAPSULE	1	
gas relief extra strength 125 mg CHEWABLE TABLET	1	
gas relief ultra strength 180 mg CAPSULE	1	
gas-x 250 mg CAPSULE	1	
gas-x extra strength 125 mg CAPSULE	1	
GAS-X EXTRA STRENGTH 125 MG CHEWABLE TABLET	1	
GAS-X ULTRA-STRENGTH 180 MG CAPSULE	1	
gavilax 17 gram/dose POWDER	1	
GAVICON 95-358 MG/15 ML SUSPENSION	1	
GAVICON EXTRA STRENGTH 160-105 MG CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254-237.5 MG/5 ML SUSPENSION	1	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200-200-25 MG CHEWABLE TABLET	1	
gencontuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
genicin 500 mg CAPSULE	1	
genicin vita-d 94 mcg- 1 mg TABLET	1	
genicin vita-q 1 mg-25 mg-12.5 mg-1 mg TABLET	1	
genicin vita-s 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	1	
genoravance 15 billion cell CAPSULE	1	
gentian violet 1 %, 2 % SOLUTION	1	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	1	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	1	
gentle laxative (mag hydrox) 400 mg/5 ml SUSPENSION	1	
gentlelax 17 gram/dose POWDER	1	
geri-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
geri-dryl 25 mg TABLET	1	
geri-kot 8.6 mg TABLET	1	
geri-lanta 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
geri-lanta supreme 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	1	
geri-mox antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
geri-pectate 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
geri-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	1	
geri-tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
giltuss allergy plus (dm) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
GILTUSS COUGH-COLD 10-15-300 MG/5 ML LIQUID	1	
giltuss cough-congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
giltuss diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
giltuss ex 200 mg/5 ml LIQUID	1	
giltuss hbp 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
glenmax peb 4-10 mg/5 ml LIQUID	1	
glenmax peb dm 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
glenmax peb dm forte 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	1	
glentuss 6.25-30-15 mg/5 ml LIQUID	1	
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min 750-551.5-50-30 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glucos chond cplx advanced 750 mg-100 mg- 125 mg-1.65 mg TABLET	1	
glucos-chond-msm (with antiox) 500-500-66.7 mg TABLET	1	
glucosam-chon-collag-hyalur ac 375-300-50-2 mg CAPSULE	1	
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw 500-416.6-20 mg, 750-625-30 mg TABLET	1	
glucosam-chond-msm(with boron) 750-625-30-1 mg TABLET	1	
glucosam-chondr msm6-manganese 467-438-0.7 mg CAPSULE	1	
glucosam-chondr-msm with vit d 750-30-1,000-1 mg-mg-unit-mg, 750-625-1,000 mg-mg-unit TABLET	1	
glucosam-chondr-vit c-mn-boron 750-600-30-1 mg TABLET	1	
glucosam-msm-chond-bosw-hyalur 750-50-100 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
glucosam-msm-chond-hrb149-hyal 500-500-66.7 mg TABLET	1	
glucosam-msm-chondroit-vit d3 750 mg-125 mg -600 mg TABLET	1	
glucosamine 500 mg TABLET	1	
glucosamine chondroitin maxstr 500-400 mg CAPSULE	1	
glucosamine daily complex 1,500-400-100 mg-unit-mg TABLET	1	
glucosamine hcl 1,500 mg, 500 mg, 750 mg TABLET	1	
glucosamine hcl-hyaluronic 1,000-1.65 mg TABLET	1	
glucosamine hcl-msm-chondroitn 400-200-333 mg, 500-167-400 mg, 500-83-400 mg TABLET	1	
glucosamine sul-chondroitn-msm 500-250-250 mg CAPSULE	1	
glucosamine sul-chondroitn-msm 500-400-167 mg TABLET	1	
glucosamine sulfate 1,000 mg, 500 mg CAPSULE	1	
glucosamine sulfate 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET	1	
glucosamine sulfate-msm 500-400 mg CAPSULE	1	
glucosamine sulfate-msm 500-500 mg TABLET	1	
glucosamine-chond-msm complex 375-500-15-0.5 mg TABLET	1	
glucosamine-chondr (msm-hyal) 500-66.7-500-2 mg TABLET	1	
glucosamine-chondroit-vit c-mn 750-600-55-5 mg TABLET	1	
glucosamine-chondroitin 1,500-1,200 mg/30 ml, 2,000-1,200 mg/30 mL LIQUID	1	
glucosamine-chondroitin 167-133 mg, 500-400 mg CAPSULE	1	
glucosamine-chondroitin 250-200 mg, 500-400 mg, 750-60-150-1 mg, 750-600 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glucosamine-chondroitin 750-600 mg CHEWABLE TABLET	1	
glucosamine-chondroitin 3x 750-625-30 mg TABLET	1	
glucosamine-chondroitin complx 500-400 mg CAPSULE	1	
glucosamine-chondroitin complx 500-416.6-20 mg, 750-625-1,000 mg-mg-unit, 750-625-30 mg TABLET	1	
glucosamine-chondroitin ds 500-416.6-20 mg TABLET	1	
glucosamine-chondroitin max st 500-400 mg CAPSULE	1	
glucosamine-chondroitin-uc ii 125-100-40-10 mg TABLET	1	
glucosamine-d3-boswellia serr 1,500-400-100 mg-unit-mg TABLET	1	
glucosamine-d3-hyaluronic acid 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg TABLET	1	
glucosamine-fish oil 500-400-5 mg-mg-unit CAPSULE	1	
glucosamine-msm-chondr-d3-bosw 25 mcg- 937.5 mg TABLET	1	
glucosamine-msm-hyaluron acid 500-500-1.1 mg TABLET	1	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	1	
glycerin (child) SUPPOSITORY	1	
goniotaire 2.5 % DROPS	1	
goody's back and body pain 500-325 mg PACKET	1	
GORMEL 20 % CREAM	1	
guaiasorb dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
guaifed (guaifenesin) 100 mg/5 ml LIQUID	1	
guaifed-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
guaifenesin 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	1	
guaifenesin 200 mg, 400 mg TABLET	1	
guaifenesin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
guaifenesin dac 30-10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
guaifenesin-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
gummi bear multivitamin CHEWABLE TABLET	1	
gummy dinos CHEWABLE TABLET	1	
GYNE-LOTTRIMIN 2 % CREAM	1	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	1	
hair vitamins TABLET	1	
hair, skin and nails (biotin) 10,000 mcg CHEWABLE TABLET	1	
hair,skin and nails 1 mg iron-66.7 mcg-1,000 mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hair,skin and nails(fa-biotin) 100-1,500 mcg, 66.7-1,666.7 MCG TABLET	1	
halls defense 60 mg LOZENGE	1	
HARD NAILS 2,500 MCG CAPSULE	1	
head congestion day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
head congestion-flu severe pe 5-10-325-100 mg TABLET	1	
head congestion-mucus 5-325-200 mg TABLET	1	
headache pm 25-500 mg TABLET	1	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	1	
headache relief pm 38-500 mg TABLET	1	
healthy eyes 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	1	
healthy eyes supervision 4,296 mcg-226 mg-90 mg CAPSULE	1	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	1	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	1	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg TABLET	1	
heartburn relief 160-105 mg CHEWABLE TABLET	1	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	1	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg TABLET	1	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	1	
hematex 150 mg iron TABLET	1	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron- 1 mg TABLET	1	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg TABLET	1	
hematogen fa 200-250-0.01-1 mg CAPSULE	1	
hematogen forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	1	
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON- 1 MG CAPSULE	1	
hemorrhoid OINTMENT	1	
hemorrhoidal OINTMENT	1	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	1	
hemorrhoidal 0.25-3-12 % CREAM	1	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	1	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	1	
hemorrhoidal cooling 0.25-50 % GEL	1	
hemorrhoidal cream 0.25-1 % CREAM	1	
hemorrhoidal h SUPPOSITORY	1	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hemorrhoidal relief 5 % CREAM	1	
hemorrhoidal(pe-min oil-petro) 0.25-14-74.9 % OINTMENT	1	
her style 1.5 mg TABLET	1	
herbiomed allergy cold-sinus 12.5-5-325 mg/10 mL LIQUID	1	
herbiomed severe cold-flu m-s 10-20-650 mg/20 mL LIQUID	1	
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
high potency iron 134 mg (27 mg iron), 27 mg iron TABLET	1	
high potency multivit (w-iron) 18-400 mg-mcg TABLET	1	
high potency multivitamin 400 mcg TABLET	1	
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROPS	1	
histex pe 10-2.5 mg/5 mL LIQUID	1	
HISTEX-DM (PE) 2.5-10-20 MG/5 ML LIQUID	1	
home lice-bedbug-dust mite spr 0.5 % AEROSOL SPRAY	1	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	1	
hydralyte PACKET	1	
hydralyte SOLUTION	1	
hydrating electrolyte PACKET	1	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	1	
hydrocodone-homatropine 5-1.5 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION	1	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	1	
hydrocortisone 0.5 % OINTMENT	1	
hydrocortisone 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	1	
hydrocortisone 1 % LOTION	1	
hydrocortisone 1 % OINTMENT	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	1	
hydrocortisone acetate 1 % CREAM IN PACKET	1	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	1	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	1	
hydrocortisone-aloe vera 0.5 %, 1 % CREAM	1	
hydrocream 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
hydrolatum OINTMENT	1	
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
HYDROPHILIC PETROLATUM OINTMENT	1	
HYDROPHOR 42 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
hylavite 1 mg TABLET	1	
i-prin 200 mg TABLET	1	
I-VITE 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG TABLET	1	
ibu-200 200 mg TABLET	1	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	1	
ibuprofen 200 mg CAPSULE	1	
ibuprofen 200 mg TABLET	1	
ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	1	
ibuprofen cold-sinus(with pse) 30-200 mg TABLET	1	
ibuprofen ib 100 mg CHEWABLE TABLET	1	
ibuprofen ib 200 mg TABLET	1	
ibuprofen jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	1	
ibuprofen pm 200-25 mg CAPSULE	1	
ibuprofen pm 200-38 mg TABLET	1	
ibuprofen-acetaminophen 125-250 mg TABLET	1	
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	1	
ICAR-C 100-250 MG TABLET	1	
ICAR-C PLUS 100-250-25-1 MG-MG-MCG-MG TABLET	1	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	1	
iferex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	1	
igualtuss 10-28-388 mg/5 ml LIQUID	1	
IMCIVREE 10 MG/ML SOLUTION	1	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	1	
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	1	
IMODIUM A-D 2 MG TABLET	1	
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF 2-125 MG TABLET	1	
infant fever reducer-pain relf 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
INFANT'S ADVIL 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	1	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	1	
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	1	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML SUSPENSION	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
infant-toddler multivit 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	1	
infant-toddler multivit-iron 11 mg iron/ml DROPS	1	
infant-toddler multivitamin 250 mcg-50 mg- 10 mcg-5 mg/ml DROPS	1	
infants gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	1	
infants profenib 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	1	
infants simethicone 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	1	
infants' mylicon 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	1	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
INFUVITE ADULT 3,300 UNIT- 150 MCG/10 ML SOLUTION	1	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT- 200 MCG/5 ML SOLUTION	1	
INTEGRA F 125-1-40-3 MG CAPSULE	1	
INTEGRA PLUS 125 MG IRON- 1 MG CAPSULE	1	
intestinex 680 mg (750 million cell) CAPSULE	1	
invigoflex d 750 mg TABLET	1	
inzo antifungal 2 % CREAM	1	
iron 159 mg (45 mg iron) TABLET ER	1	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	1	
iron 100 plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	1	
iron bisglycinate chelate 28 mg iron, 29 mg iron CAPSULE	1	
iron chews 15 mg CHEWABLE TABLET	1	
iron folate plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	1	
iron folate-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	1	
iron,carbonyl-vitamin c 100-250 mg TABLET	1	
is-d-10,000 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	1	
itch relief 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	1	
itch relief 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	1	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	1	
itch relief (diphenhydramine) 2 % GEL	1	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	1	QL (240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	1	
itch relief (pramoxine-zinc) 1-0.1 % LOTION	1	
itch stopping(diphenhydramine) 2 % GEL	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ivermectin 0.5 % LOTION	1	QL(117 cada 30 días)
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	1	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	1	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	1	
jr. strength pain reliever 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
julie 1.5 mg TABLET	1	
k-pax immune support 2.25 mg iron- 100 mcg TABLET	1	
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
k2 plus d3 1,000-100 unit-mcg TABLET	1	
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) 262 MG TABLET	1	
kapectate (bismuth subsalicy) 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM) 240 MG CAPSULE	1	
kapectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml SUSPENSION	1	
kelp-lecithin-b6 TABLET	1	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
keyfolic 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
kids multivitamin complete 18 mg iron CHEWABLE TABLET	1	
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	1	
kids' gummy CHEWABLE TABLET	1	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE	1	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE	1	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE	1	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE	1	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE	1	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE	1	
kinderlyte PACKET	1	
kinderlyte SOLUTION	1	
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
kindermed kid night cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	1	
kindermed kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
kobee 0.4 mg TABLET	1	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram, 3.4 gram/12 gram POWDER	1	
konsyl (sugar) 3.4 gram POWDER IN PACKET	1	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) 3.5 GRAM POWDER IN PACKET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM POWDER IN PACKET	1	
l-methyl-mc 6-5-50-1 mg TABLET	1	
l-methylfolate forte 15-90.314 mg, 7.5-90.314 mg CAPSULE	1	
l. acidophilus-b. coagulans 35 million- 25 million cell TABLET	1	
l.acidoph, saliva-b.bif-s.therm 175 mg CAPSULE	1	
l.acidophilus-bifido.longum 15 mg (1 billion cell), 16 mg CAPSULE, DR/EC	1	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	1	
lactobacillus acidoph-l. bifid 1 billion cell WAFER	1	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	1	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 100 million cell GRANULES IN PACKET	1	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell, 2 billion cell TABLET	1	
lactobacillus acidophilus 1 mg WAFER	1	
lactobacillus acidophilus 100 mg (1 billion cell), 25 million cell, 500 million cell CAPSULE	1	
lamisil af 1 % AEROSOL POWDER	1	
lamisil at 1 % CREAM	1	
lax stool softener with senna 8.6-50 mg TABLET	1	
laxa basic 100 mg CAPSULE	1	
laxacin 8.6-50 mg TABLET	1	
laxaclear 17 gram/dose POWDER	1	
laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	1	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	1	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	1	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg, 8.6 mg TABLET	1	
laxative peg 3350 17 gram/dose POWDER	1	
laxative pills 25 mg TABLET	1	
laxative pills regular 15 mg TABLET	1	
levocetirizine 5 mg TABLET	1	QL(30 cada 30 días)
levomefol-b6-meb12-algal oil 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	1	
levomefolate calcium 15 mg, 7.5 mg TABLET	1	
levomefolate-algal oil 15-90.314 mg CAPSULE	1	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	1	
lice bedding spray 0.5 % AEROSOL SPRAY	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lice complete kit 1-2-3 4-0.33-0.5 % KIT	1	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	1	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	1	
lice pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	1	
lice solution 4-0.33-0.5 % KIT	1	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	1	
lice treatment 1 % LIQUID	1	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	1	
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % AEROSOL SPRAY	1	
lidocaine 5 % CREAM	1	
lidoguard 4 % CREAM	1	
lintera 10 % CLEANSER	1	
LIP TREATMENT GEL	1	
liquibid d-r 10-400 mg TABLET	1	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	1	
liquid c 500 mg/5 ml LIQUID	1	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	1	
liquid corn and callus remover 17 % LIQUID	1	
liquituss gg 200 mg/5 ml LIQUID	1	
liraglutide (weight loss) 3 mg/0.5 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR	1	
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET	1	
little animals-iron CHEWABLE TABLET	1	
little remedies fever and pain 160 mg/5 ml LIQUID	1	
little remedies gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	1	
little tummys gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	1	
lmefol ca-acetyl-meb12-algal 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	1	
LMX 5 5 % CREAM	1	
lohist - d 2-30 mg/5 ml LIQUID	1	
lohist-dm 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
long acting nasal decong (pse) 120 mg TABLET ER	1	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	1	
loperamide 2 mg TABLET	1	
loperamide-simethicone 2-125 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
loradamed 10 mg TABLET	1	
lorata-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
lorata-dine d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
loratadine 10 mg TABLET	1	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	1	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	1	
loratadine-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
loratadine-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
lotrimin af 2 % AEROSOL SPRAY	1	
lotrimin af 2 % POWDER	1	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	1	
lotrimin af jock itch powder 2 % AEROSOL POWDER	1	
lotrimin af powder 2 % AEROSOL POWDER	1	
LOTRIMIN ULTRA 1 % CREAM	1	QL(30 cada 30 días)
lubricant redness reliever 0.05-1 % DROPS	1	
ludent fluoride 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	1	
LUMIFY 0.025 % DROPS	1	
lunitene 30 mg CAPSULE	1	
lycopene 10 mg CAPSULE	1	
lysiplex plus LIQUID	1	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	1	
MAALOX ADVANCED 200-200-20 MG/5 ML SUSPENSION	1	
maalox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
MAG 64 64 MG TABLET, DR/EC	1	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	1	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
mag-delay 64 mg TABLET, DR/EC	1	
mag-g 27 mg magnesium (500 mg) TABLET	1	
magnesium 200 mg, 250 mg TABLET	1	
magnesium (oxide/aa chelate) 300 mg CAPSULE	1	
magnesium amino acid chelate 100 mg TABLET	1	
magnesium chloride 64 mg magnesium TABLET	1	
magnesium chloride 64 mg, 70 mg TABLET, DR/EC	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
magnesium citrate SOLUTION	1	
magnesium citrate 100 mg TABLET	1	
magnesium citrate 100 mg, 125 mg CAPSULE	1	
magnesium citrate 34 mg, 83.3 mg CHEWABLE TABLET	1	
magnesium citrate, mag oxide 250 mg CAPSULE	1	
magnesium citrate-lemon balm 66.6-25 mg CHEWABLE TABLET	1	
magnesium gluconate 12.5 mg magne- sium (250 mg), 27 mg magnesium (500 mg), 27.5 mg magne- sium (500 mg), 30 mg (550 mg) TABLET	1	
magnesium glycinate 100 mg magnesium CAPSULE	1	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	1	
magnesium l-lactate 84 mg TABLET ER	1	
magnesium oxide 200 mg magnesium CHEWABLE TABLET	1	
magnesium oxide 200 mg magnesium, 250 mg magnesium, 265.3 mg mag (440 mg), 300 mg magnesium, 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg, 500 mg magnesium TABLET	1	
magnesium oxide 400 mg magnesium, 500 mg CAPSULE	1	
magnesium sulfate 100 mg CAPSULE	1	
magnesium, potassium aspartate 250-250 mg CAPSULE	1	
MAGOX 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) TABLET	1	
MAGTAB 84 MG TABLET ER	1	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	1	
mapap (acetaminophen) 500 mg/15 ml LIQUID	1	
mapap cold formula 5-10-325 mg TABLET	1	
maxallergy kids 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss g 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss gmx 10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss jr 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss pe 2-5 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss pe jr 2.5-50 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss pe max 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
maxi-tuss tr 1.25-30 mg/5 ml SYRUP	1	
maximum strength cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	1	
maxrelief junior 160 mg/5 ml LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
maxrelief junior 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
maxtussin 100 mg/5 ml LIQUID	1	
maxtussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
me-thfolate glucos-mecobalamin 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
meclizine 12.5 mg, 25 mg TABLET	1	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg LOZENGE	1	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	1	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
medi-meclizine 25 mg TABLET	1	
MEDI-PADS 50 % PADS, MEDICATED	1	
medi-seltzer 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	1	
medicated pads 50 % PADS, MEDICATED	1	
medicated wipes 50 % PADS, MEDICATED	1	
medicidin-d 2-5-325 mg TABLET	1	
mediplast corn-callus-wart 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
mediproxen 220 mg TABLET	1	
mega biotin 10,000 mcg CAPSULE	1	
mega multi for women 13.5-200-250 mg-mcg-mcg TABLET	1	
mega multiple/chelated mineral TABLET	1	
MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN 200-175-250 MCG TABLET	1	
men 50 plus advanced one daily 400-20-370 mcg TABLET	1	
men 50 plus multivitamin 300-60-600-300 mcg TABLET	1	
men under 50 multivitamin 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
men's 50 plus daily formula 400-20-370 mcg TABLET	1	
men's 50 plus multivitamin 400-20-370 mcg TABLET	1	
men's daily formula 400-20-300 mcg TABLET	1	
men's daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
men's multivitamin 200-60-600 mcg TABLET	1	
men's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
men's one daily 400-20-300 mcg TABLET	1	
men's pack 0.4-250 mg-mcg COMBO PACK	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
menstrual complete 500-60-15 mg TABLET	1	
menstrual pain relief 500-25-15 mg TABLET	1	
menstrual relief 500-60-15 mg TABLET	1	
menstrual relief(pamabr-pyiril) 500-25-15 mg TABLET	1	
MERIBIN 5 MG CAPSULE	1	
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 GRAM POWDER	1	
metafolbic 6-5-50-1 mg TABLET	1	
metafolbic plus 600-2-6 mg TABLET	1	
metafolbic plus rf 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	1	
METAMUCIL 0.4 GRAM CAPSULE	1	
metamucil (sugar) POWDER	1	
metamucil (with sugar) 3 GRAM/7 GRAM, 3.4 gram/12 gram POWDER	1	
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM POWDER	1	
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	1	
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART) 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	1	
metamucil sunrise POWDER	1	
METANX (ALGAL OIL) 3 MG-35 MG-2 MG -90.314 MG CAPSULE	1	
methylnetetrahydrofolate glucos 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe CAPSULE	1	
mg217 psoriasis (coal tar) 2 % OINTMENT	1	
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) TABLET	1	
micatin 2 % CREAM	1	
miclara dm 2.5-10-20 mg/5 ml LIQUID	1	
miclara lq 1.25 mg/5 ml SYRUP	1	
micomitin 1 % SOLUTION	1	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-%, 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	1	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	1	
miconazole nitrate 2 % AEROSOL POWDER	1	
miconazole nitrate 2 % CREAM	1	
miconazole nitrate 2 % POWDER	1	
miconazole nitrate 2 % SOLUTION W/APPLICATOR	1	
miconazole nitrate 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	1	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	1	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) CREAM	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	1	
miconazole-3 prefil,cream,wipe 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	1	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	1	
miconazole-7 2 % CREAM	1	
miconazole-skin clnsr17 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	1	
miconazorb af 2 % POWDER	1	
micotrin ac 1 % CREAM	1	
micotrin al 1 % SOLUTION	1	
micotrin ap 2 % POWDER	1	
micro-guard 2 % POWDER	1	
microflor 33 33 billion cell CAPSULE	1	
midol complete 500-60-15 mg TABLET	1	
MIDOL MAX ST MENSTRUAL 500-60-15 MG TABLET	1	
midol pm 38-500 mg TABLET	1	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	1	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	1	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	1	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	1	
milltrium senior TABLET	1	
mineral oil ENEMA	1	
mineral oil OIL	1	
mineral oil extra heavy OIL	1	
mineral oil heavy OIL	1	
mini enema 283-20 mg/5 ml ENEMA	1	
mini multivitamins-iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	1	
MIRALAX 17 GRAM POWDER IN PACKET	1	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE POWDER	1	
mix-in laxative 17 gram POWDER IN PACKET	1	
moi-stir SPRAY WITH PUMP	1	
monistat 1 (tioconazole) 6.5 % OINTMENT	1	
monistat 3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MONISTAT 3 4 % (200 MG)- 2 % (9 GRAM) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	1	
MONISTAT 7 2 % CREAM	1	
monistat care (hydrocortisone) 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
more-dophilus POWDER	1	
motion sickness 50 mg TABLET	1	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	1	
motion sickness relief 50 mg TABLET	1	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	1	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
motrin dual action w-tylenol 125-250 mg TABLET	1	
motrin ib 200 mg CAPSULE	1	
motrin ib 200 mg TABLET	1	
motrin pm 200-38 mg TABLET	1	
move it along 100 mg TABLET	1	
mtx support 0.5-1 mg TABLET	1	
mucilin sf 3.5 gram POWDER IN PACKET	1	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	1	
mucinex cough-chest congest hb 10-200 mg CAPSULE	1	
MUCINEX D 60-600 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH 120-1,200 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
MUCINEX DM 30-600 MG, 60-1,200 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	1	
mucinex fast-max cold-flu 5-10-325-200 mg TABLET	1	
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	1	
mucinex fast-max cold-flu-thrt 5-10-325-200 mg TABLET	1	
mucinex fast-max cong-ha (dm) 5-10-325 mg CAPSULE	1	
mucinex fast-max dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
mucinex fast-max kick cong-cgh 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
MUCINEX FAST-MAX NITE COLD-FLU 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	1	
mucinex fast-max sv cong-cough 10-200 mg CAPSULE	1	
MUCINEX FREEFROM DAY COLD-FLU 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	1	
mucinex sinus-max cng-pain(dm) 5-10-325 mg CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	1	
mucinex sinus-max pressure-cgh 5-10-325-200 mg TABLET	1	
mucinex sinus-max sev congestn 5-325-200 mg TABLET	1	
mucosa 400 mg TABLET	1	
mucosa dm 20-400 mg TABLET	1	
mucus d 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus dm 30-600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus dm max er 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus relief 400 mg TABLET	1	
mucus relief cold and sinus 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	1	
mucus relief cold and sinus 5-325-200 mg TABLET	1	
mucus relief cold-flu-sore thr 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
mucus relief cold-flu-sore thr 5-10-325-200 mg TABLET	1	
mucus relief congestion-cough 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
mucus relief cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
mucus relief d (pseudoephed) 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus relief d (pseudoephed) 40-400 mg TABLET	1	
mucus relief dm 20-400 mg TABLET	1	
mucus relief dm cough 20-400 mg TABLET	1	
mucus relief dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
mucus relief er 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus relief er dm-max 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
mucus relief pe 10-400 mg TABLET	1	
mucus relief sev congest-cold 5-10-325-200 mg TABLET	1	
mucus relief severe cold 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
mucus relief sinuspressur-pain 5-325-200 mg TABLET	1	
mucus rlf severe sinus congest 5-325-200 mg TABLET	1	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML LIQUID	1	
mucus-er max 1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
multi antibiotic plus 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	1	
multi complete with iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	
multi vitamin 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
MULTI-DAY PLUS MINERALS 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG TABLET	1	
multi-day with iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
multi-purpose ointment 53.4-15.5 % OINTMENT	1	
multi-symptom cold (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	1	
multi-symptom relief eye 0.05-0.25-1 % DROPS	1	
multi-symptom severe cold-nt 10mg(dy)/25mg- 10mg-650mg-(nt) POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	1	
multi-vit with fluoride-iron 0.25mg fluoride -10 mg iron/ml DROPS	1	
multi-vitamin hp/minerals CAPSULE	1	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	1	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	1	
multi-vite 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75 mg TABLET	1	
multigen folic 70-150-10-1-2 mg-mg-mcg-mg-mg TABLET	1	
multigen plus 151-60-10-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	1	
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	1	
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	1	
multiple vitamin-minerals TABLET	1	
multiple vitamins TABLET	1	
multivit with min-folic acid 0.4 mg TABLET	1	
multivit with min-folic acid 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
multivit,calc,min-fa-k1-lycop 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	1	
multivit-fluoride (metafolin) 0.25 mg fluoride, 0.5 mg fluoride, 1 mg fluoride CHEWABLE TABLET	1	
multivit-min-ferrous fumarate 15 mg iron TABLET	1	
multivit-min-ferrous gluconate 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
multivit-min-folic acid-lutein 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	1	
multivit-min-iron fum-folic ac 7.5 mg iron-400 mcg TABLET	1	
multivitamin TABLET	1	
multivitamin 50 plus TABLET	1	
multivitamin gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
multivitamin with iron TABLET	1	
multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml LIQUID	1	
multivitamin women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	1	
MURINE EAR 6.5 % DROPS	1	
murine ear wax removal system 6.5 % DROPS	1	
muro 128 2 %, 5 % DROPS	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MURO 128 5 % OINTMENT	1	
my choice 1.5 mg TABLET	1	
my way 1.5 mg TABLET	1	
my-vitalife CAPSULE	1	
myco nail a 25 % SOLUTION	1	
mycozyl ac 1 % CREAM	1	
mycozyl al 1 % SOLUTION	1	
mycozyl ap 2 % POWDER	1	
myferon 150 150 mg iron CAPSULE	1	
myferon 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	1	
mylanta gas 125 mg CHEWABLE TABLET	1	
mylanta maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	1	
mynephrocaps 1 mg CAPSULE	1	
mynephron 1 mg CAPSULE	1	
myo-tone TABLET	1	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	1	QL(2 cada 30 días)
naproxen sodium 220 mg CAPSULE	1	
naproxen sodium 220 mg TABLET	1	
naramin 12.5 mg/5 ml LIQUID IN PACKET	1	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	1	QL(2 cada 30 días)
nasal decongestant (pe) 10 mg TABLET	1	
nasal decongestant (pseudoeph) 120 mg TABLET ER	1	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg CAPSULE (ABUSE-RESISTANT)	1	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	1	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	1	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	1	
natural fiber laxative 0.52 gram CAPSULE	1	
natural fiber laxative (sugar) POWDER	1	
natural fiber laxative(aspart) POWDER	1	
natural fiber supplement 6 gram/6 gram POWDER	1	
natural oatmeal bath treatment PACKET	1	
natural senna laxative 8.6 mg TABLET	1	
natural veg laxative(sennosid) 8.6 mg TABLET	1	
nausea control SOLUTION	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nausea relief SOLUTION	1	
NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA 230 MG CHEWABLE TABLET	1	
neosporin (neo-bac-polym) 3.5-400-5,000 mg-unit-unit OINTMENT IN PACKET	1	
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	1	
neosporin plus burn relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	1	
NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	1	
NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	1	
nephro vitamins 0.8 mg TABLET	1	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	1	
NEURIN-SL 600-600 MCG SUBLINGUAL TABLET	1	
NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH 2 % CLEANSER	1	
NEUTROGENA T/SAL 3 % SHAMPOO	1	
new day 1.5 mg TABLET	1	
NEXAFED 30 MG TABLET (ABUSE RESISTANT)	1	
NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM) 500 MCG- 750 MG TABLET	1	
nicotinamide (with chromium) 500 mcg- 750 mg TABLET	1	
night time cold and flu relief 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	1	
night time pain medicine 25-500 mg TABLET	1	
nighttime allergy relief 25 mg TABLET	1	
nighttime cold-flu 6.25-15-325 mg CAPSULE	1	
nighttime cold-flu relief 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	1	
nighttime cough 6.25-15 mg/15 ml SOLUTION	1	
ninjacof-xg 8-200 mg/5 ml LIQUID	1	
nite time cold-flu 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	1	
nite time cold-flu relief 6.25-15-325 mg CAPSULE	1	
nite time cold-flu relief (pe) 6.25-5-10-325 mg CAPSULE	1	
nite time cough 6.25-15 mg/15 ml SOLUTION	1	
nite time-d cold-flu relief 6.25-30-15-500 mg/15 ml LIQUID	1	
nite-time cold-flu 6.25-15-325 mg CAPSULE	1	
nitetime multi-symptom 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	1	
niva-fol 2.5-25-2 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
niva-plus 27 mg iron- 1 mg TABLET	1	
nivanex dmx 10-15-380 mg TABLET	1	
NIX CREME RINSE 1 % LIQUID	1	
NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION 0.06-0.35-0.6 % COMBO PACK	1	
nizoral psoriasis 3 % SHAMPOO	1	
noble formula 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	1	
noble formula 2 % BAR	1	
noble formula 2 % SHAMPOO	1	
noble formula hc 1 % AEROSOL SPRAY	1	
noble formula hc 1 % CREAM	1	QL(240 cada 30 días)
nohist-dm 4-10-15 mg/5 ml LIQUID	1	
nohist-lq 4-10 mg/5 ml LIQUID	1	
non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
non-aspirin 325 mg TABLET	1	
non-aspirin 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
non-aspirin extra strength 500 mg TABLET	1	
non-aspirin pain relief 500 mg TABLET	1	
non-aspirin pm 25-500 mg TABLET	1	
nortemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	1	
nortemp 80 mg/0.8 ml DROPS	1	
norwegian cod liver oil 1,250-135 unit CAPSULE	1	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	1	
nu-mag 71.5 mg TABLET, DR/EC	1	
numbcream 5 % CREAM	1	
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT	1	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	1	
ocutabs TABLET	1	
ocuvite with lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	1	
odor control foot-sneaker 1 % AEROSOL POWDER	1	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS	1	
omnicap 0.4 mg TABLET	1	
oncovite TABLET	1	
one daily 0.4-600 mg-mcg TABLET	1	
one daily calcium/iron TABLET	1	
ONE DAILY COMPLETE 18-0.4 MG TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
one daily energy 9 mg iron-400 mcg-200 mg TABLET	1	
one daily essential 0.4 mg, 0.5 mg, 400 mcg TABLET	1	
one daily for men 0.4-600 mg-mcg TABLET	1	
one daily for men 50 plus adv 400-600-120 mcg-mcg-mg TABLET	1	
one daily for women 18-0.4 mg TABLET	1	
one daily healthy weight 200-18-0.4 mg TABLET	1	
one daily maximum 18-0.4 mg TABLET	1	
one daily men's 50 plus memory 400-600-120 mcg-mcg-mg TABLET	1	
one daily men's 50 plus w-d3 400-20-370 mcg TABLET	1	
one daily men's health 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	1	
one daily multivit-iron(folic) 18-400 mg-mcg TABLET	1	
one daily multivitamin 400 mcg TABLET	1	
one daily multivitamin women 18-400 mg-mcg TABLET	1	
one daily plus iron 18-400 mg-mcg TABLET	1	
ONE DAILY PLUS MINERALS TABLET	1	
one daily prenatal 28-800-440 mg-mcg-mg COMBO PACK	1	
one daily women 50 plus 400-120 mcg-mg TABLET	1	
one daily women 50 plus(vit k) 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	1	
one daily women's 18 mg iron- 400 mcg, 18 mg iron-400 mcg-25 mcg, 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca TABLET	1	
one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca TABLET	1	
one daily womens 50 plus 0.4 mg TABLET	1	
ONE STEP OVULATION TEST KIT	1	
ONE STEP PREGNANCY TEST KIT	1	
one-a-day cholesterol plus 0.4 mg TABLET	1	
one-a-day essential TABLET	1	
one-a-day maximum formula TABLET	1	
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET	1	
one-a-day men's pro edge 0.4 mg TABLET	1	
one-a-day teen advantage 18-400 mg-mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	1	
ONE-A-DAY VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET	1	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY 200 MCG CHEWABLE TABLET	1	
one-a-day women vitacraves 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
one-a-day women's 50 plus 0.4 mg TABLET	1	
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET	1	
onelax bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	1	
onelax docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	1	
onelax fiber (with sucrose) 3.4 gram/12 gram POWDER	1	
onelax magnesium citrate SOLUTION	1	
onelax senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	1	
onevite calcium-d3 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	1	
onevite daily multivitamin 400 mcg TABLET	1	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	1	
OPTIFLEX-G 750 MG TABLET	1	
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
option-2 1.5 mg TABLET	1	
oral saline laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	1	
oralyte SOLUTION	1	
orlistat 120 mg CAPSULE	1	
ortho df 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	1	
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN) 1,500-400-100 MG-UNIT-MG TABLET	1	
OVULATION TEST KIT	1	
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
oyster shell + d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) TABLET	1	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	1	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	1	
oyster shell calcium and mag 250-155 mg TABLET	1	
oyster shell calcium-vit d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	1	
oystercal-d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	1	
P AND S (SALICYLIC ACID) 2 % SHAMPOO	1	
p-col rite 8.6-50 mg TABLET	1	
pain and sleep 25-500 mg TABLET	1	
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml LIQUID	1	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	1	
pain relief (acetaminophen) 650 mg TABLET ER	1	
pain relief (aspirin-caffeine) 845-65 mg POWDER IN PACKET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	1	
pain relief adult 500 mg/15 ml LIQUID	1	
pain relief cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	1	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	1	
pain relief pm 25-500 mg TABLET	1	
pain relief pm (w-aspirin) 250-250-38 mg TABLET	1	
pain relief pm rapid release 25-500 mg TABLET	1	
pain reliever (acetam-aspirin) 250-250-65 mg TABLET	1	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	1	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	1	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	1	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	1	
pain reliever pm ex-strength 25-500 mg TABLET	1	
pain-off 250-250-65 mg TABLET	1	
panoxyl 10 %, 4 % CLEANSER	1	
panoxyl (salicylic acid) 2 % LIQUID	1	
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % DROPS	1	
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % DROPS	1	
PDG OVULATION CONFIRM TEST KIT	1	
pecgen dmx 10-187 mg/5 ml LIQUID	1	
pecgen pse 30-10-187 mg/5 ml LIQUID	1	
pedi multivit no.194-iron sulf 10 mg iron/ml DROPS	1	
pedia d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	1	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	1	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON 11 MG IRON/ML DROPS	1	
pedia tri-vite 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	1	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	1	
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROPS	1	
PEDIALYTE SOLUTION	1	
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLUTION	1	
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLUTION	1	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLUTION	1	
PEDIALYTE SINGLES SOLUTION	1	
pediatric d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	1	
pediatric electrolyte SOLUTION	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pediatric electrolyte 10.6-4.7 meq/8.5 gram POWDER IN PACKET	1	
pediatric enema 9.5-3.5 gram/59 ml ENEMA	1	
pediatric freezer pops SOLUTION	1	
pediatric multivitamin no.171 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	1	
pediatric tri-vite 750 unit-35 mg-400 unit/ml DROPS	1	
pep-t-med 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
PEPCID AC 10 MG, 20 MG TABLET	1	
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH 20 MG TABLET	1	
PEPCID COMPLETE 10-800-165 MG CHEWABLE TABLET	1	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET	1	
pepto-bismol 262 mg TABLET	1	
PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML SUSPENSION	1	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML SUSPENSION	1	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET	1	
percogesic backache relief 580 (467) mg TABLET	1	
percogesic extra strength 12.5-500 mg TABLET	1	
PERSA-GEL 10 % GEL	1	
PETROLATUM, YELLOW (BULK) 100 % GEL	1	
PETROLEUM JELLY GEL	1	
PETROLEUM JELLY, WHITE GEL	1	
pharbechlor 4 mg TABLET	1	
pharbedryl 25 mg, 50 mg CAPSULE	1	
pharbetol 325 mg, 500 mg TABLET	1	
pharbinex-dm 20-400 mg TABLET	1	
PHAZYME 180 MG, 250 MG CAPSULE	1	
phenazopyridine 95 mg TABLET	1	
phendimetrazine tartrate 105 mg CAPSULE, ER	1	
phendimetrazine tartrate 35 mg TABLET	1	
phentermine 15 mg, 30 mg, 37.5 mg CAPSULE	1	
phentermine 37.5 mg TABLET	1	
phenylephrine hcl 10 mg TABLET	1	
phenylephrine-dm-guaifenesin 10-18-200 mg/15 ml LIQUID	1	
phillips 500 mg magnesium TABLET	1	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML SUSPENSION	1	
phillips' liqui-gels 100 mg CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PHOS-NAK 280-160-250 MG POWDER IN PACKET	1	
phosphate laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	1	
phosphorous supplement 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	1	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	1	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	1	
phytonadione (vitamin k1) 100 mcg TABLET	1	
phytonadione (vitamin k1) 500 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	1	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
pink bismuth 262 mg TABLET	1	
pink bismuth 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	1	
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	1	
pinrid 250 mg CHEWABLE TABLET	1	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	1	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	1	
plantar wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
pm pain relief 25-500 mg TABLET	1	
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
poison ivy dual action CLEANSER	1	
poison ivy treatment 0.25-0.5-10 % AEROSOL SPRAY	1	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	1	
poly-iron 150 mg iron CAPSULE	1	
poly-iron 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	1	
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	1	
poly-vita drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	1	
poly-vita with iron 10 mg/ml DROPS	1	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	1	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	1	
polysaccharide iron complex 150 mg iron CAPSULE	1	
POLYSPORIN 500-10,000 UNIT/GRAM OINTMENT	1	
POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMIN) 2-7.5-15 MG/5 ML LIQUID	1	
posture-d (with magnesium) 600 mg calcium- 500 unit-50 mg TABLET	1	
potassium citrate 99 mg CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium gluconate 2.5 meq, 500 mg (83 mg), 550 mg (90 mg), 595 mg (99 mg), 600 mg (99 mg) TABLET	1	
potassium, sodium phosphates 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	1	
powderlax 17 gram POWDER IN PACKET	1	
powderlax 17 gram/dose POWDER	1	
pramoxine 1 % FOAM	1	
pre-menstrual relief 500-25-15 mg TABLET	1	
PREBIOTIC FIBER 2 GRAM CHEWABLE TABLET	1	
PREGNANCY TEST KIT	1	
prenatal 28 mg iron- 800 mcg, 28-800 mg-mcg TABLET	1	
prenatal 400 mcg CHEWABLE TABLET	1	
prenatal + dha 28 mg iron- 975 mcg-200 mg, 28 mg iron-800 mcg-200 mg COMBO PACK	1	
prenatal 19 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET	1	
prenatal 19 29 mg iron- 1 mg TABLET	1	
prenatal complete 14 mg iron- 400 mcg TABLET	1	
prenatal formula 28 mg iron- 800 mcg, 9 mg iron- 267 mcg TABLET	1	
prenatal gummies 400 mcg-35 mg- 25 mg-5 mg CHEWABLE TABLET	1	
prenatal gummies (dha-epa) 180 mcg-32.5mg- 25 mg-7.5 mg CHEWABLE TABLET	1	
prenatal gummies(zinc chelate) 180 mcg-35 mg- 25 mg-5 mg CHEWABLE TABLET	1	
prenatal multi 27-800 mg-mcg TABLET	1	
prenatal multi-dha (algal oil) 27mg iron- 800 mcg-250 mg CAPSULE	1	
prenatal multi-dha(with vit k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg CAPSULE	1	
prenatal multivitamins 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal one daily 27 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal tablet 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal vit no.179-iron-folic 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal vit-iron fum-folic ac 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal vitamin 27 mg iron- 0.8 mg, 27 mg iron- 800 mcg, 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	
prenatal vitamin plus low iron 27 mg iron- 1 mg TABLET	1	
prenatal vitamin with minerals 28 mg iron- 800 mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prenatal with dha-folic acid 400-32.5 mcg-mg CHEWABLE TABLET	1	
PREPARATION H 0.25-14-74.9 % OINTMENT	1	
preparation h (pe) 0.25 % SUPPOSITORY	1	
preparation h (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	1	
preparation h hydrocortisone 1 % CREAM	1	QL (240 cada 30 días)
PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL) 0.25-50 % GEL	1	
PREPARATION H(PE,CB) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	1	
pres gen 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
PRES GEN PEDIATRIC 2.5-5-75 MG/5 ML LIQUID	1	
PRESERVISION AREDS 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG TABLET	1	
presgen b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	1	
pressure and pain pe 5-325 mg TABLET	1	
pressure-pain pe plus cold 5-10-325-100 mg TABLET	1	
pressure-pain pe plus mucus 5-325-200 mg TABLET	1	
primidar 31 billion cell CAPSULE	1	
probiotic 10 billion cell, 15 billion cell CAPSULE	1	
probiotic 20 billion cell, 5 billion cell CAPSULE, SPRINKLE	1	
probiotic acidophilus 250 million cell CAPSULE	1	
probiotic acidophilus (4 strn) 1 billion cell- 250 mg TABLET	1	
probiotic acidophilus beads 2 billion cell CAPSULE	1	
probiotic acidophilus-pectin 100 million cell-10 mg CAPSULE	1	
probiotic colon support 240 mg (3 billion cell) CAPSULE	1	
probiotic colon support 70 mg (5 billion cell) TABLET, DR/EC	1	
probiotic complex 25 billion cell -100 mg CAPSULE	1	
probiotic digest supp (6-strn) 10 billion cell -100 mg CAPSULE	1	
probiotic digest(lacto,bifido) 1.5 billion cell CAPSULE	1	
probiotic digestive system sup 5 billion cell CAPSULE	1	
probiotic pearls 15 mg (1 billion cell) CAPSULE, DR/EC	1	
probiotic-digestive enzymes 5-250 mg CAPSULE	1	
probizen 32 billion cell CAPSULE	1	
PROCTOFOAM 1 % FOAM	1	
profola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
PROMELLA 32 BILLION CELL CAPSULE	1	
promethazine vc-codeine 6.25-5-10 mg/5 ml SYRUP	1	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml SYRUP	1	
promolaxin 100 mg TABLET	1	
protective ointment OINTMENT	1	
pseudoephedrine hcl 120 mg TABLET ER	1	
pseudoephedrine hcl 30 mg, 60 mg TABLET	1	
pseudoephedrine-guaifenesin 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
pseudoephedrine-guaifenesin 60-375 mg TABLET	1	
psoriasis 2 % OINTMENT	1	
psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	1	
psoriatar 2 % FOAM	1	
psyllium husk 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	1	
psyllium husk 2.6 gram/4.1 gram POWDER	1	
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram POWDER	1	
pure and gentle (mineral oil) ENEMA	1	
pure and gentle (saline) 19-7 gram/118 ml ENEMA	1	
purelax 17 gram POWDER IN PACKET	1	
purelax 17 gram/dose POWDER	1	
purevit dualfe plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	1	
pyridoxine (vitamin b6) 10 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	1	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/2.5 ml LIQUID	1	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	1	
pyridoxine (vitamin b6) 200 mg TABLET ER	1	
pyrilamine-dextromethorphan 7.5-7.5 mg/5 ml LIQUID	1	
quintabs 400 mcg TABLET	1	
quintabs-m iron free 0.4 mg TABLET	1	
rapid clear treatment pads 2 % PADS, MEDICATED	1	
READY-TO-USE ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	1	
ready-to-use enema (min oil) ENEMA	1	
rectasmoother 5 % CREAM	1	
RECTICARE 5 % CREAM	1	
redness relief 0.012-0.2 %, 0.012-0.25 %, 0.03-0.5 % DROPS	1	
redness reliever eye drops 0.05 % DROPS	1	
redness reliever lubricant 0.012-0.2 % DROPS	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
redutemp 500 mg/15 ml LIQUID	1	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	1	
refenesen 400 mg TABLET	1	
refenesen dm 20-400 mg TABLET	1	
refenesen pe 10-400 mg TABLET	1	
regener-eyes pro 0.5 % DROPS	1	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	1	
reguloid (psyllium husk) 0.4 gram CAPSULE	1	
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.4 gram POWDER	1	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) 3 GRAM/12 GRAM, 3 gram/7 gram POWDER	1	
remedy antifungal 2 % POWDER	1	
remedy phytoplex antifungal 2 % OINTMENT	1	
remedy phytoplex antifungal 2 % POWDER	1	
rena-vite 0.8 mg TABLET	1	
rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	1	
renal caps 1 mg CAPSULE	1	
renal vitamin 0.8 mg TABLET	1	
renal-vite 0.8 mg TABLET	1	
renewal bath treatment PACKET	1	
reno caps 1 mg CAPSULE	1	
RESCON-GG 5-100 MG/5 ML LIQUID	1	
RESPA-AR 8-90-0.24 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
retaine allergy 0.2 % DROPS	1	
REVEAL GET PREGNANT QUICK COMBO PACK	1	
REVEAL OVULATION PREDICTOR KIT	1	
REVEAL OVULATION TEST KIT	1	
REVEAL PREGNANCY TEST KIT	1	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg CAPSULE	1	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg, 25 mg, 400 mg, 50 mg TABLET	1	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	1	
ringworm 1 % CREAM	1	
RISA-BID 1 BILLION CELL- 250 MG TABLET	1	
risacal-d 100 mg calcium- 3 mcg TABLET	1	
risaquad-2 16 billion cell CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
robafen cf (phenylephrine) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
robafen dm 5-50 mg/5 ml LIQUID	1	
robitussin cold-flu night (pe) 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	1	
robitussin cough and cold cf 2.5-5-50 mg/5 ml LIQUID	1	
robitussin cough-chest cong dm 10-200 mg CAPSULE	1	
ROBITUSSIN COUGH-CHEST CONG DM 5-100 mg/5 ml, 5-50 MG/5 ML LIQUID	1	
robitussin cough-sore throat 325-10 mg/10 ml LIQUID	1	
robitussin honey cgh-flu-sore 325-10 mg/10 ml LIQUID	1	
robitussin honey max dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
robitussin long-acting 1-7.5 mg/5 ml LIQUID	1	
robitussin max 12h cough-mucus 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
robitussin nighttime cough dm 3.125-7.5 mg/5 ml LIQUID	1	
robitussin sevr cough-cold-flu 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
rompe pecho max multi symptoms 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
rondec-d 30-12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
ru-hist d 4-10 mg TABLET	1	
rycontuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	1	
rydex 1.3-10-6.3 mg/5 ml LIQUID	1	
rynex dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
rynex pe 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
rynex pse 1-15 mg/5 ml LIQUID	1	
safe tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
SAFETUSSIN PM 3.125-7.5 MG/5 ML LIQUID	1	
SAXENDA 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR	1	
scalp relief 3 % LIQUID	1	
scalp relief (hydrocortisone) 1 % SOLUTION	1	
scalpicin anti-itch 1 % SOLUTION	1	
scooby-doo one a day CHEWABLE TABLET	1	
SCOT-TUSSIN DM 2-15 MG/5 ML LIQUID	1	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML LIQUID	1	
SCOT-TUSSIN SENIOR 15-200 MG/5 ML LIQUID	1	
SCYTERA 2 % FOAM	1	
se-tan plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	1	
sebex 2-2 % SHAMPOO	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
secura antifungal extra thick 2 % CREAM	1	
secura protective OINTMENT	1	
selsun blue 1 % SHAMPOO	1	
selsun blue (pyrithione zinc) 1 % SHAMPOO	1	
selsun blue (salicylic acid) 2 %, 3 % SHAMPOO	1	
selsun blue 2-in-1 1 % SHAMPOO	1	
selsun blue moisturizing 1 % SHAMPOO	1	
selsun blue naturals 3 % SHAMPOO	1	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	1	
senior tabs 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
senna 176 mg/5 mL, 8.8 mg/5 mL SYRUP	1	
senna 8.6 mg CAPSULE	1	
senna 8.6 mg TABLET	1	
senna lax 8.6 mg TABLET	1	
senna laxative 8.6 mg TABLET	1	
senna leaf 450 mg CAPSULE	1	
senna leaf extract 176 mg/5 mL SYRUP	1	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	1	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	1	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	1	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	1	
sennosides 8.6 mg TABLET	1	
sennosides 8.8 mg/5 mL SYRUP	1	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	1	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	1	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	1	
sentry 18-400 mg-mcg TABLET	1	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	1	
severe allergy 12.5-500 mg TABLET	1	
severe allergy-sinus headache 25-5-325 mg TABLET	1	
severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	1	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	1	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg/15 mL LIQUID	1	
severe cold and flu nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 mL LIQUID	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
severe cold and flu(day/night) 6.25-5-325 mg/15 ml (nt) LIQUID, SEQUENTIAL	1	
severe cold and flu-day (dm) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
severe cold multi-symptom 5-10-325-200 mg TABLET	1	
severe cold pe 12.5-5-325 mg TABLET	1	
severe congestion relief 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	1	
severe cough-congestion 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
severe sinus 5-325-200 mg TABLET	1	
shake that ache 500 mg TABLET	1	
simethicone 125 mg, 180 mg CAPSULE	1	
simethicone 125 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	1	
sinus 12 hour 120 mg TABLET ER	1	
sinus and allergy pe 4-10 mg TABLET	1	
sinus and cold-d 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
sinus congestion and pain 5-325 mg TABLET	1	
sinus congestion-pain (ibu-pe) 200-10 mg TABLET	1	
sinus congestion-pain(chlorph) 2-5-325 mg TABLET	1	
sinus congestion-pain(guaif) 5-325-200 mg TABLET	1	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	1	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) TABLET, SEQUENTIAL	1	
sinus decongestant (pe) 10 mg TABLET	1	
sinus headache pe 5-325 mg TABLET	1	
sinus pain-pressure (pe) 5-325 mg, 5-500 MG TABLET	1	
sinus pe decongestant 10 mg TABLET	1	
sinus pe pressure-pain-cold 5-10-325-100 mg TABLET	1	
sinus pressure-cong relief pe 10 mg TABLET	1	
sinus relief (non-drowsy) 5-325 mg TABLET	1	
sinus relief max str day-night 5-325 mg(d)/ 12.5-5-325mg(n), 5-325-200mg(d)/ 25-5mg-325mg(n) TABLET, SEQUENTIAL	1	
sinus relief pressure and pain 5-325-200 mg TABLET	1	
sinus-headache day-night 2-5-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
sinutrol pe 2-5-325 mg TABLET	1	
skin protectant a and d OINTMENT	1	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
skin protectant petrolatum 44 % OINTMENT	1	
skin success anti-acne 3 % BAR	1	
skin treatment 12 % LOTION	1	
skintegrity skin CREAM	1	
SKLICE 0.5 % LOTION	1	QL(117 cada 30 días)
slow release iron 140 mg (45 mg iron), 142 mg (45 mg iron), 143 mg (45 mg iron), 144 mg (45 mg iron), 160 mg (50 mg iron), 168 mg (50 mg iron), 250 mg (50 mg iron) TABLET ER	1	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	1	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	1	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	1	
smoothlax 17 gram POWDER IN PACKET	1	
smoothlax 17 gram/dose POWDER	1	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	1	
sodium chloride 5 % DROPS	1	
sodium chloride 5 % OINTMENT	1	
solarhist 1-2 % LOTION	1	
soluble fiber 500 mg TABLET	1	
soluvita 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml DROPS	1	
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml DROPS	1	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	1	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg TABLET	1	
soothe and cool skin paste OINTMENT	1	
soothe regular strength 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
soothing bath treatment PACKET	1	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	1	
sorbugen nr 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
spectravite adult 18-400 mg-mcg TABLET	1	
spectravite adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
spectravite adult 50 plus(lut) 500-250 mcg CHEWABLE TABLET	1	
spectravite advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	1	
spectravite men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	1	
spectravite men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	1	
spectravite women 18-400 mg-mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
spectravite women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	1	
st joseph aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	1	
st. joseph aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	1	
stahist t 2.5 mg TABLET	1	
sterile eye drops 0.05 % DROPS	1	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	1	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	1	
stomach relief 262 mg TABLET	1	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	1	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	1	
stomach relief original 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
stool softener 100 mg TABLET	1	
stool softener 100 MG, 250 mg, 50 mg CAPSULE	1	
stool softener 50 mg/5 ml LIQUID	1	
stool softener 60 mg/15 ml SYRUP	1	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	1	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	1	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	1	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	1	
stop lice 0.5 % AEROSOL SPRAY	1	
strawberry c 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
stress b with zinc TABLET	1	
stress b-complex 500 mg-400 mcg- 24 mg-3 mg TABLET	1	
STRESS FORMULA TABLET	1	
STRESS FORMULA WITH ZINC TABLET	1	
SUDAFED 30 MG TABLET	1	
SUDAFED 12 HOUR 120 MG TABLET ER	1	
SUDAFED PE 10 MG TABLET	1	
SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU 5-10-325-100 MG TABLET	1	
SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS 5-325-200 MG TABLET	1	
sudafed pe head congestn-pain 200-10 mg TABLET	1	
SUDAFED PE PRESSURE-PAIN 5-325 MG TABLET	1	
sudafed sinus 12hr pressr-pain 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
sudogest 30 mg, 60 mg TABLET	1	
sudogest 12-hour 120 mg TABLET ER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sudogest cold and allergy 4-60 mg TABLET	1	
SULFO-LO 3 % BAR	1	
super b maxi complex 0.4 mg TABLET	1	
SUPER B/C CAPSULE	1	
super calcium 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	1	
SUPER DAILY D3 25 MCG/DROP (1000 UNIT/DROP), 50 mcg/drop (2,000 unit/drop) DROPS	1	
SUPER MULTIVITAMIN TABLET	1	
super probiotic 20 billion cell CAPSULE	1	
super quints 0.4 mg TABLET	1	
super quints b-50 TABLET	1	
super thera vite m TABLET	1	
suphedrin 15 mg/5 mL LIQUID	1	
suphedrin 30 mg TABLET	1	
suphedrine 30 mg TABLET	1	
suphedrine 12 hour 120 mg TABLET ER	1	
suphedrine pe cold and allergy 4-10 mg TABLET	1	
suphedrine pe sinus and allergy 4-10 mg TABLET	1	
suphedrine pe sinus headache 5-325 mg TABLET	1	
support LIQUID	1	
SUPPORT-500 CAPSULE	1	
SUPRESS DX 2.5-5-50 MG/ML DROPS	1	
surebiotic 31 billion cell CAPSULE	1	
SURFAK 240 MG CAPSULE	1	
swim ear 95-5 % DROPS	1	
swimmer's instant ear dry 95-5 % DROPS	1	
tab-a-vite 400 mcg TABLET	1	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON 18-400 MG-MCG TABLET	1	
TAGAMET HB 200 MG TABLET	1	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	1	
TANDEM PLUS 162-115.2-1 MG CAPSULE	1	
targeted acne spot treatment 2.5 % CREAM	1	
taron forte 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	1	
tecnu rash relief 2 % AEROSOL SPRAY	1	
teeny tummy infant gas relief 40 mg/0.6 mL DROPS, SUSPENSION	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tension headache 500-65 mg TABLET	1	
tension headache pain reliever 500-65 mg TABLET	1	
terbinafine hcl 1 % CREAM	1	
the magic bullet 10 mg SUPPOSITORY	1	
thera 400 mcg TABLET	1	
thera antifungal 2 % CREAM	1	
thera antifungal 2 % POWDER	1	
thera tears sterilid 0.01 % SPRAY, NON-AEROSOL	1	
thera-d 50 mcg (2,000 unit) TABLET	1	
THERA-M 9 MG IRON-400 MCG TABLET	1	
thera-tabs TABLET	1	
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg TABLET	1	
THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY 5-10-325 MG TABLET	1	
theraflu expressmax cold day 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
theraflu expressmax cold night 12.5-5-325 mg TABLET	1	
theraflu expressmax cold night 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	1	
theraflu expressmax sv cld-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	1	
theraflu svr cld rlf dy(pe-dm) 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	1	
theraflu-d flu relief day 60-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	1	
theragran-m premier 50 plus 400-250-375 mcg TABLET	1	
theralogix companion 0.4 mg TABLET	1	
therapeutic dandruff shampoo 3 % SHAMPOO	1	
therapeutic t plus 3 % SHAMPOO	1	
therapeutic-m 19 mg iron- 400 mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	1	
theratrum complete 50 plus-lyc 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
theratrum complete 50 plus/lut TABLET	1	
theratrum complete with lutein TABLET	1	
THEREMS MULTIVITAMIN 400 MCG TABLET	1	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg CAPSULE	1	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	1	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	1	
thiamine mononitrate (vit b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	1	
TINACTIN 1 % AEROSOL POWDER	1	
TINACTIN 1 % CREAM	1	
TINACTIN 1 % POWDER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tioconazole 6.5 % OINTMENT	1	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	1	
tm-daily vite 400 mcg TABLET	1	
toe area treatment antifungal 1 % SOLUTION	1	
tolcylen 1 % SOLUTION	1	
tolnafi-al 1 % SOLUTION	1	
tolnaftate 1 % AEROSOL POWDER	1	
tolnaftate 1 % CREAM	1	
tolnaftate 1 % POWDER	1	
tolnaftate 1 % SOLUTION	1	
total allergy medicine 25 mg TABLET	1	
travel sickness 50 mg TABLET	1	
travel-ease (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
travel-ease (meclizine) 25 mg TABLET	1	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	1	
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	1	
tri-vitamin with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	1	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	1	
triacetin 100 % LIQUID	1	
tricon 110-0.5 mg CAPSULE	1	
trigels-f forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	1	
trimazole 1 % CREAM	1	
tripenicol s 25 % SOLUTION	1	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	1	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5-400-5,000 MG-UNIT-UNIT OINTMENT IN PACKET	1	
triple antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	1	
triple antibiotic plus 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	1	
triple antibiotic spray 3.5-400-5,000 mg-unit-unit AEROSOL SPRAY	1	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	1	
triple magnesium complex 400 mg magnesium CAPSULE	1	
triple paste 40 % OINTMENT	1	
triple paste af 2 % OINTMENT	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	1	
TRISPEC DMX 10-187 MG/5 ML LIQUID	1	
TRISPEC PSE 30-10-187 MG/5 ML LIQUID	1	
tritoinacide s 1 % SOLUTION	1	
TROJAN BARESKIN DEVICE	1	
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE	1	
TROJAN MAGNUM CONDOMS DEVICE	1	
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE	1	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE	1	
TROJAN ULTRA THIN DEVICE	1	
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL DEVICE	1	
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS DEVICE	1	
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS DEVICE	1	
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS DEVICE	1	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	1	
TRONVITE 1 MG-100 MG- 300 MCG TABLET	1	
TRUE COVER CONDOM DEVICE	1	
true multivitamin 400 mcg TABLET	1	
truelyte advanced hydration SOLUTION	1	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE	1	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE	1	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE	1	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE	1	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE	1	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE	1	
tucks (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	1	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	1	
tums dual action (famotidine) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	1	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	1	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	1	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	1	
tums ultra 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	1	
tums-gas relief (calc-simeth) 750-80 mg CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tusicof 10-20-400 mg TABLET	1	
TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	1	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tusnel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	1	
tusnel dm pediatric(phenyleph) 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	1	
TUSNEL NEW FORMULA 30-15-200 MG/5 ML SOLUTION	1	
TUSNEL PEDIATRIC 15-5-50 MG/5 ML LIQUID	1	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussi pres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	1	
tussi-pres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
TUSSI-PRES PEDIATRIC 2.5-5-75 MG/5 ML LIQUID	1	
tussin 100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin 400 mg TABLET	1	
tussin cf (pe-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin cf cough-cold 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin cf max 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin cf max severe m-s cold 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	1	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin cough-chest congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
tussin dm 10-100 mg/5 ml, 5-50 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin dm 20-400 mg TABLET	1	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
tussin dm cough and chest 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin dm day-night 12.5 mg-30 mg/ 10 ml (night) LIQUID, SEQUENTIAL	1	
tussin dm max 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	1	
tussin nighttime cough dm 12.5-30 mg/10 ml LIQUID	1	
tusslin 10-28-388 mg/5 ml, 2.5-7.5-88 mg/ml LIQUID	1	
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
TYLENOL 325 MG TABLET	1	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET ER	1	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG TABLET	1	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG/15 ML LIQUID	1	
TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR 5-325-200 MG TABLET	1	
tylenol cold-flu multi-act day 30-15-500 mg TABLET	1	
TYLENOL EXTRA STRENGTH 500 MG TABLET	1	
tylenol pm extra strength 25-500 mg TABLET	1	
TYLENOL SINUS HEADACHE 5-325 MG TABLET	1	
TYLENOL SINUS SEVERE 5-325-200 MG TABLET	1	
tyr cooler LIQUID	1	
ultra a-d 2 mg TABLET	1	
ultra mide 25 25 % LOTION	1	
ultra pesticide free lice SOLUTION	1	
ultra strength antacid 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	1	
ultra tuss safe 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
urea 10 % LOTION	1	
urea 10 %, 20 % CREAM	1	
UREACIN-10 10 % LOTION	1	
UREACIN-20 20 % CREAM	1	
urinary pain relief 95 mg, 97.5 mg, 99.5 mg TABLET	1	
uristat ultra 99.5 mg TABLET	1	
uro-pain 95 mg, 99.5 mg TABLET	1	
v-c forte 1 mg CAPSULE	1	
valihist 2-5-325 mg TABLET	1	
VANACOF 1-30-12.5 MG/5 ML LIQUID	1	
VANACOF DM 10-18-200 MG/15 ML LIQUID	1	
vanicream hc 1 % CREAM	1	
vanicream z-bar 2 % BAR	1	
vanquish 227-194-33 MG, 250-250-65 mg TABLET	1	
VASELINE GEL	1	
vcf contraceptive gel 4 % GEL	1	
vegetable lax-stool softener 8.6-50 mg TABLET	1	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	1	
verticalm 25 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vic-forte 1 mg CAPSULE	1	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg CAPSULE	1	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg TABLET	1	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	1	
VICKS NYQUIL COLD AND FLU 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	1	
vicks nyquil cold/flu liquicap 6.25-15-325 mg CAPSULE	1	
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	1	
vicks nyquil severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	1	
virt-caps 1 mg CAPSULE	1	
visine 0.05 % DROPS	1	
visine red eye hydrating cmfrt 0.05-1 % DROPS	1	
vision TABLET	1	
vision formula (with lutein) 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	1	
vision formula(a-c-e-zn-se-cu) 1,000 unit-60 mg-30 unit TABLET	1	
vision plus lutein TABLET	1	
vista gonio 2.5 % DROPS	1	
vit 3 500 mg-500 mcg -1 mg-12.5 mg CAPSULE	1	
vit a palmitate-beta carotene 25,000 unit (15k-10k unit) TABLET	1	
vit a palmitate-vit c-vit d3 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	1	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-10 mg- 10 mg TABLET ER	1	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-25 mg- 100 mg CAPSULE	1	
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins) 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
vit c-echinacea purpurea xt 75-3 mg CHEWABLE TABLET	1	
vita-c CRYSTALS	1	
VITACEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	1	
vitafusion women's multi 120 mcg CHEWABLE TABLET	1	
vitajoy adult multi 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
vitajoy biotin 2,500 mcg CHEWABLE TABLET	1	
vitajoy daily c 125 mg CHEWABLE TABLET	1	
vitajoy daily d 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	1	
vitalee 0.4 mg TABLET	1	
vitalets CHEWABLE TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VITAMEDMD ONE RX 30 MG IRON-1MG -200 MG CAPSULE	1	
vitamin a 2,400 mcg, 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin a acetate 3,000 mcg (10,000 unit) SUBLINGUAL TABLET	1	
vitamin a and d OINTMENT	1	
vitamin a and d diaper rash OINTMENT	1	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit), 4,500 mcg (15,000 unit) TABLET	1	
vitamin a palmitate-vitamin d2 10,000-400 unit TABLET	1	
vitamin b complex CAPSULE	1	
vitamin b complex TABLET	1	
VITAMIN B COMPLEX TABLET, DISINTEGRATING	1	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	1	
vitamin b complex-folic acid 400 mcg TABLET ER	1	
vitamin b-1 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	1	
vitamin b-1 (mononitrate) 100 mg TABLET	1	
vitamin b-12 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg TABLET	1	
vitamin b-12 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	1	
vitamin b-12 1,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	1	
vitamin b-12 2,500 mcg, 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	1	
vitamin b-12 50 mcg, 500 mcg LOZENGE	1	
vitamin b-2 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	1	
vitamin b-6 100 mg, 25 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	1	
vitamin b-6 50 mg CAPSULE	1	
vitamin b12-folic acid 1,000-400 mcg LOZENGE	1	
vitamin b12-folic acid 2,500-400 mcg TABLET, DISINTEGRATING	1	
vitamin b12-folic acid 500-400 mcg TABLET	1	
vitamin c POWDER	1	
vitamin c 1,000 mg, 100 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	1	
vitamin c 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	1	
vitamin c 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
vitamin c 500 mg CAPSULE, ER	1	
vitamin c 500 mg/15 ml LIQUID	1	
vitamin c (ascorbate calcium) 814 mg/gram POWDER	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin c drops 60 mg LOZENGE	1	
vitamin c fizzy drink 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
vitamin c powder blend 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	1	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET	1	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	1	
vitamin c with rose hips 500 mg CAPSULE	1	
vitamin c with rose hips 500 mg CHEWABLE TABLET	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin d2-vitamin k1 20-120 mcg/4 drops DROPS	1	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	1	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	1	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin d3-vitamin k2 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg CAPSULE	1	
vitamin e 1,150 unit/1.25 mL LIQUID	1	
vitamin e 100 unit/0.25 mL DROPS	1	
vitamin e 268 mg (400 unit), 670 mg (1,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin e (dl, acetate) 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit), 90 mg (200 unit) CAPSULE	1	
vitamin e (dl, acetate) 22.5 mg (50 unit)/mL, 45 mg/0.25mL 100 unit/0.25mL DROPS	1	
vitamin e acetate 134 mg (200 unit) CAPSULE	1	
vitamin e mixed 1,000 unit, 400 unit CAPSULE	1	
vitamin e mixed 100 unit, 200 unit, 400 unit TABLET	1	
vitamin e succinate 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit), 67 mg (100 unit) TABLET	1	
vitamin k 1 mg/0.5 mL SOLUTION	1	
vitamin k2 100 mcg, 45 mcg CAPSULE	1	
vitamin k2 40 mcg TABLET	1	
vitamin k2 90 mcg/0.5 mL DROPS	1	
vitamin k2 (mk-4) 100 mcg TABLET	1	
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/mL, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/mL DROPS	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamins a-d-e selenium 10,000-400 unit-unit TABLET	1	
vitamins b complex CAPSULE	1	
vitamins b complex TABLET	1	
vitasure 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	1	
VITRON-C 65 MG IRON- 125 MG TABLET, DR/EC	1	
vitrum 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	1	
VITRUM SENIOR 500-300-250 MCG TABLET	1	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	1	
votrizal 1 % LOTION	1	
wal-act d cold and allergy 2.5-60 mg TABLET	1	
wal-dram 50 mg TABLET	1	
wal-dram 2 25 mg TABLET	1	
wal-dryl (diphenhydramine) 2 % AEROSOL SPRAY	1	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	1	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % CREAM	1	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
wal-dryl allergy 25 mg CAPSULE	1	
wal-dryl allergy 25 mg TABLET	1	
wal-dryl severe allergy-sinus 25-5-325 mg TABLET	1	
wal-dryl-d allergy and sinus 25-10 mg TABLET	1	
wal-fex allergy 180 mg, 60 mg TABLET	1	
wal-fex d 12 hour 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
wal-fex d 24 hour 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	
wal-finate 4 mg TABLET	1	
wal-finate-d 4-60 mg TABLET	1	
wal-flu cold and sore throat 20-10-325 mg POWDER IN PACKET	1	
wal-flu day-night cold-cough 25-10-20-650 mg POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	1	
wal-flu night severe cold 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	1	
wal-flu night time 20-10-650 mg POWDER IN PACKET	1	
wal-flu severe cold and cough 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	1	
wal-flu severe cold-cough 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	1	
wal-itin 10 mg TABLET	1	
wal-itin 5 mg/5 ml SOLUTION	1	
wal-itin d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-itin d 12 hour 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
wal-mucil fiber 0.52 gram CAPSULE	1	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram POWDER	1	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	1	
wal-mucil natural fiber lax 3.4 gram/12 gram POWDER	1	
wal-mucil with calcium 1-60 gram-mg CAPSULE	1	
wal-nadol pm 25-500 mg TABLET	1	
wal-phed 30 mg, 4-60 mg TABLET	1	
wal-phed 12 hour 120 mg TABLET ER	1	
wal-phed d 120 mg TABLET ER	1	
wal-phed pe 10 mg TABLET	1	
wal-phed pe cold-cough 5-10-325-100 mg TABLET	1	
wal-phed pe day-night 5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	1	
wal-phed pe nighttime cold 25-5-325 mg TABLET	1	
wal-phed pe pressure+pain+cold 5-10-325-100 mg TABLET	1	
wal-phed pe severe cold 12.5-5-325 mg TABLET	1	
wal-phed pe sinus and allergy 4-10 mg TABLET	1	
wal-phed pe sinus headache 5-325 mg TABLET	1	
wal-phed pe triple relief 5-325-200 mg TABLET	1	
wal-profen 200 mg CAPSULE	1	
wal-profen 200 mg TABLET	1	
wal-profen cold-sinus 30-200 mg TABLET	1	
wal-profen d cold and sinus 30-200 mg TABLET	1	
wal-proxen 220 mg TABLET	1	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	1	
wal-tap 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	1	
wal-tap dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	1	
wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	1	
wal-tussin cough and cold cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	1	
wal-tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
wal-tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	1	
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	1	QL (300 cada 30 días)
wal-zyr (cetirizine) 10 mg CAPSULE	1	
wal-zyr (cetirizine) 10 mg TABLET	1	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-zyr d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
walgreens dry skin treatment 41 % OINTMENT	1	
warrior a-relief rectal cream 4-0.25 % CREAM W/APPLICATOR	1	
wart remover 17 % GEL	1	
wart remover 17 % LIQUID	1	
wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	1	
wart remover 40 % PLASTER	1	
wee care 15 mg/1.25 mL SUSPENSION	1	
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML PEN INJECTOR	1	
well lyte advanced hydration SOLUTION	1	
wellfola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
wellpro-31 31 billion cell CAPSULE	1	
wescaps 1 mg CAPSULE	1	
westab max 2.5-25-2 mg TABLET	1	
westab one 2.5-25-1 mg TABLET	1	
westussin dm (dexchlorphenir) 1-5-10 mg/5 ml SYRUP	1	
westussin dm nf 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	1	
wheat germ oil OIL	1	
white petrolatum 42 % OINTMENT	1	
WHITE PETROLATUM GEL	1	
white petrolatum OINTMENT IN PACKET	1	
WHITE PETROLEUM JELLY GEL	1	
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	1	
women's 50 plus advanced 400-20 mcg TABLET	1	
women's 50 plus daily formula 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	1	
women's 50 plus multivitamin 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	1	
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca, 27-0.4 mg TABLET	1	
women's daily pack 400 mcg-800 mg -10 mcg TABLET	1	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	1	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	1	
women's multivitamin 18 mg-400 mcg- 500 mg-50 mcg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN 200 MCG- 25 MG CHEWABLE TABLET	1	
women's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	1	
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg- 200 mg COMBO PACK	1	
womens daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
x-seb t pearl 10-4 % SHAMPOO	1	
xaquil xr 25,500 mcg dfe TABLET ER	1	
xcellent a 3000 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	1	
xcellent a 7500 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	1	
xvite 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	1	
XYZAL 2.5 MG/5 ML SOLUTION	1	QL (300 cada 30 días)
XYZAL 5 MG TABLET	1	QL (30 cada 30 días)
xyzbac 1-5-50 mg TABLET	1	
yelets 18-400 mg-mcg TABLET	1	
yogurt plus calcium gummies 250 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	1	
Z-BUM 22 % CREAM	1	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	1	
zantac-360 (famotidine) 20 mg TABLET	1	
zeasorb af 2 % POWDER	1	
ZELAC 15.5 BILLION CELL CAPSULE	1	
zeldana 5 mg-5 mg-37.5 mg-25 mg-1 mg CAPSULE	1	
zenoptiq gel 0.0085 % GEL WITH PUMP	1	
zenoptiq spray 0.01 % SPRAY, NON-AEROSOL	1	
ZEPBOUND 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	1	
ZEPBOUND 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 SOLUTION	1	
zephrex-d 30 mg TABLET (ABUSE RESISTANT)	1	
zinc oxide 20 %, 25 %, 40 % OINTMENT	1	
zinc oxide 22 % CREAM	1	
zinc with vitamins a and c 15 mg LOZENGE	1	
zyncof 20-400 mg TABLET	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.
Este formulario se actualizó el 12/01/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zyrtec 10 mg CAPSULE	1	
ZYRTEC 10 MG CHEWABLE TABLET	1	
ZYRTEC 10 MG TABLET	1	
ZYRTEC-D 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	1	
zyvit 1-5-50 mg TABLET	1	

D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre en orden alfabético. Le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

#	
1-day	106
12 hour decongestant	106
12 hour nasal decongest (pse)	106
2-in-1 laxative	106
24hour allergy	106
24hr allergy relief	106
24hr allergy-congestion relief	106
3-day vaginal	106
50 plus adult eye health	106
8 hour pain reliever	106
8hr muscle aches-pain	106
A	
a and d (lanolin-petrolatum)	106
a thru z	106
a thru z advanced formula	106
a thru z high potency	106
a thru z men's ultimate	106
a thru z select	106
a thru z select 50plus formula	106
a thru z select women's	106
A-25 (VIT A PALMITATE)	106
abacavir	89
abacavir-lamivudine	89
abanatuss ped	106
abaneu-sl	106
ABATINEX	106
abatuss dmx	106
abc complete adult	106
abc complete men's	106
abc complete senior 50 plus	106
abc complete senior men's	106
abc complete women's	107
abc plus	107
ABELCET	71
abigale	35
abigale lo	35
ABILIFY ASIMTUFI	86
ABILIFY MAINTENA	86
abiraterone	73
abirtega	73
abreva	107
ABRYSVO (PF)	45
acamprosate	27
acarbose	99
accutane	30
acebutolol	19
acerola c	107
acerola c-500	107
acetaminophen	107
acetaminophen extra strength	107
acetaminophen pain relief	107
acetaminophen pm	107
acetaminophen pm extra str	107
acetaminophen-codeine	56, 57
acetazolamide	19
acetic acid	53, 60
acetylcysteine	53, 102

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

acid controller	107	actinel	108
acid controller complete	107	actinel dm	108
acid gone antacid	107	actinel pediatric	108
acid gone antacid e.strength	107	acyclovir	89
acid reducer (cimetidine)	107	acyclovir sodium	89
acid reducer (famotidine)	107	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	45
acid reducer complete (famot)	107	ADALIMUMAB-ADAZ	45
acid reducer-antacid	107	ADALIMUMAB-ADBM	45
acid-pep	107	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	45
acidophilus	107	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	45
acidophilus ex str (l. sporog)	107	adapalene	30, 108
acidophilus probiotic blend	107	ADCETRIS	73
acidophilus-pectin	107	addaprin	108
acidophilus-pectin, citrus	107	adefovir	89
acitretin	30	ADEMPAS	102
acne cleanser	107	adenosine	19
acne cleansing bar	108	ADRIAMYCIN	73
acne control (salicylic acid)	108	ADSTILADRIN	53
acne control(benzoyl peroxide)	108	adult 50 plus eye health	108
acne foaming wash	108	adult aspirin regimen	108
ACNE MEDICATION	108	adult low dose aspirin	108
acne pads	108	adult multivitamin (w-lutein)	108
acne treatment (benzoyl perox)	108	adult multivitamin gummies	108
acne wash	108	adult one daily gummies	108
acne-clear	108	adult robitussin peak cold m-s	108
acnomel	108	adult tussin cf	108
ACTHIB (PF)	45	adult tussin chest congestion	108
ACTICON (DEXBROMPH-PSE)	108	adult tussin cough congest dm	108
actidogesic	108	adult wal-tussin	108
actidogesic-df	108	adult wal-tussin dm max	109
actidom da	108	adults 50 plus	109
actidom dmx	108	adults multivitamin	109
ACTIMMUNE	45	ADVAIR DISKUS	102

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

ADVAIR HFA	102	ALCOHOL SWABS	53
advanced acne spot treatment	109	ALCOHOL WIPES	53
advanced antacid-antigas	109	ALECENSA	73
advanced exfoliating cleanser	109	alendronate	26
advanced healing (petrolatum)	109	aler-cap	109
advanced probiotic	109	ALEVE	109
ADVIL	109	ALEVE COLD AND SINUS	109
ADVIL DUAL ACTION	109	ALEVE SINUS AND HEADACHE	109
ADVIL JUNIOR STRENGTH	109	ALEVE-D SINUS AND COLD	109
ADVIL LIQUI-GEL	109	ALEVE-D SINUS AND HEADACHE	110
ADVIL LIQUI-GELS MINIS	109	alfuzosin	34
ADVIL MIGRAINE	109	ALIQOPA	73
ADVIL PM	109	aliskiren	19
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN	109	alka-seltzer heartburn chew	110
afirmelle	35	ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS	110
after pill	109	ALKA-SELTZER ORIGINAL	110
AFTERA	109	ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE)	110
AIMSCO LATEX CONDOM	109	ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM)	110
air-power	109	alka-seltzer plus day	110
AIRSUPRA	102	alka-seltzer plus mucus-conges	110
AKEEGA	73	alka-seltzer plus sinus-cough	110
ala-hist ir	109	alka-seltzer severe cold	110
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM)	109	alkums	110
alavert	109	all day allergy (cetirizine)	110
alavert d-12 allergy-sinus	109	all day allergy-d	110
ALAWAY	109	all day cold and sinus	110
alba-lybe	109	all day pain relief	110
albendazole	86	all day pain relief sinus,cold	110
albuterol sulfate	103	all day relief	110
alcaftadine	109	all-nite cold-flu	110
ALCAINE	50	ALLEGRA ALLERGY	110
ALCOHOL PADS	53	ALLEGRA HIVES	110
ALCOHOL PREP PADS	53	ALLEGRA-D 12 HOUR	110

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

ALLEGRA-D 24 HOUR	110	allergy relief-d(fexofenadine)	112
ALLER-CHLOR	110	allergy sinus pe	112
aller-ease	110	allergy sinus-d	112
aller-fex	110	allergy-congest relief-d(fexo)	112
aller-g-time	110	allergy-congestion relief-d	112
aller-tec	110	allergy-time	112
aller-tec d	110	allopurinol	17
allerclear	110	almacone-2	112
allerclear d-12hr	110	alophen (bisacodyl)	112
allerclear d-24hr	110	alosetron	32
allergy	111	ALPHAGAN P	50
allergy (chlorpheniramine)	111	alprazolam	59
allergy (diphenhydramine)	111	altachlore	112
allergy and congestion relief	111	altavera (28)	35
allergy and sinus relief	111	altazine	112
allergy d-12	111	altipres	112
allergy eye (ketotifen)	111	altipres pediatric	112
allergy eye (naphazoline-phen)	111	altipres-b	112
allergy medication	111	alum-mag hydroxide-simeth	112
allergy medicine	111	aluminum hydroxide gel	112
allergy multi-symptom	111	ALUNBRIG	73
allergy relief (cetirizine)	111	alyacen 1/35 (28)	35
allergy relief (fexofenadine)	111	alyacen 7/7/7 (28)	35
allergy relief (levocetirizin)	111	alyq	103
allergy relief (loratadine)	111	amabelz	35
allergy relief d-24hr	111	amantadine hcl	18
allergy relief d12	111	ambrisentan	103
allergy relief multi-symptom	111	amerigel	112
allergy relief(chlorpheniramn)	111	amethia	35
allergy relief(diphenhydramin)	111	amethyst (28)	35
allergy relief,nasal decongest	111	amikacin	60
allergy relief-d (cetirizine)	111	amiloride	19
allergy relief-d (loratadine)	111	amiloride-hydrochlorothiazide	19

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

aminofen	112	antacid calcium	113
aminophylline	103	antacid exst (ca carb-mag hyd)	113
AMINOSYN II 10 %	93	antacid exst (mag carb-al hyd)	113
amiodarone	19	antacid ext str (calcium carb)	113
amitriptyline	69	antacid extra-strength	113
amlactin	112	antacid liquid	113
amladex	112	antacid m	113
amlodipine	19	antacid maximum strength	113
amlodipine-atorvastatin	20	antacid multi-symptom	113
amlodipine-benazepril	20	antacid plus anti-gas	113
amlodipine-olmesartan	20	antacid regular strength	113
amlodipine-valsartan	20	antacid ultra strength	113
ammonium lactate	30, 112	antacid-antigas	113
amnesteem	30	anti-dandruff	113
amoxapine	69	anti-dandruff with menthol	113
amoxicillin	60	anti-diarrheal	113
amoxicillin-pot clavulanate	60	anti-diarrheal (lope)-anti-gas	113
amphotericin b	71	anti-diarrheal (loperamide)	113
amphotericin b liposome	71	anti-gas ultra strength	113
ampicillin	60	anti-itch (diphenhydramine)	113
ampicillin sodium	60	anti-itch (hc)	113
ampicillin-sulbactam	60	anti-itch medicated	113
anagrelide	97	anti-itch(diphenhyd) with zinc	113
anastrozole	73	anti-itch(hydrocortisone)-aloe	113
anecream5	112	anti-nausea	113
animal chews	112	antibiotic (bacitracin zinc)	113
ANKTIVA	73	antibiotic (neomy-bacit-polym)	114
antacid	112	antibiotic plus (pramoxine)	114
antacid (calcium carb-mag hyd)	112	antibiotic plus pain rel(pram)	114
antacid (calcium carbonate)	112	antibiotic-pain relief (bacit)	114
antacid and pain relief	112	antifungal	114
antacid anti-gas	112	antifungal (clotrimazole)	114
antacid anti-gas (ca carb-sim)	112	antifungal (miconazole)	114

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

antifungal (terbinafine)	114	ARMOUR THYROID	43
antifungal (tolnaftate)	114	ARNUITY ELLIPTA	103
antifungal extra thick	114	ARRANON	73
antifungal ringworm	114	arsenic trioxide	73
antifungal spray	114	arthritis pain relief (acetam)	115
antitussive dm	114	arthritis pain reliever	115
ap-hist dm	114	ascorbate calcium (vitamin c)	115
APATATE FORTE	114	ascorbate calcium-bioflavonoid	115
APETEX	114	ascorbic acid (vitamin c)	115
APETIGEN	114	ascorbic acid-ascorbate sodium	115
aphen	114	ascorbic acid-bioflavonoids	115
apraclonidine	50	ascorbic acid-zinc oxide	115
aprepitant	70	asenapine maleate	87
apri	35	ashlyna	35
aproline	114	ASPARLAS	73
APTIOM	65	aspirin	115
APTIVUS	89	aspirin childrens	115
aqua care	114	aspirin,buffd-calcium carb-mag	115
aquagard	114	aspirin-dipyridamole	97
aquanil hc	114	ASTEPRO ALLERGY	115
aquaphor baby diaper rash	114	atazanavir	89, 90
AQUAPHOR BABY HEALING	114	atenolol	20
AQUAPHOR HEALING	114	atenolol-chlorthalidone	20
aquaphor itch relief	114	athenol	115
AQUAPHOR ORIGINAL	114	athlete's foot	115
aranelle (28)	35	athlete's foot (clotrimazole)	115
ARCALYST	45	athlete's foot (terbinafine)	115
AREXVY (PF)	46	athlete's foot (tolnaftate)	115
arformoterol	103	athletic foot cream	116
ARIKAYCE	60	atomoxetine	28
aripiprazole	86	atorvastatin	20
ARISTADA	86	atovaquone	86
ARISTADA INITIO	87	atovaquone-proguanil	86

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

atropine	50	azithromycin	60, 61
ATROPINE SULFATE (PF)	50	AZO URINARY PAIN RELIEF	116
ATROVENT HFA	103	azolen	116
aubra	35	aztreonam	61
aubra eq	35	azurette (28)	35
AUGTYRO	73	B	
auro dri swimmers' ear	116	B ACTIV	116
aurovela 1.5/30 (21)	35	b complex	116
aurovela 1/20 (21)	35	b complex 1 (with folic acid)	116
aurovela 24 fe	35	b complex 100	116
aurovela fe 1-20 (28)	35	b complex plus vitamin c	116
aurovela fe 1.5/30 (28)	35	b complex w-vit c	116
AUSTEDO	28	b complex-vitamin b12	116
AUSTEDO XR	28	b complex-vitamin c	116
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	28	b complex-vitamin c-folic acid	116
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	53	b-100 complex	116
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	53	b-12 dots	116
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	53	b-12 plus	116
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	53	b-50 complex with inositol	116
AUVELITY	69	b-complex	116
AUVI-Q	103	b-complex plus b-12	116
AVEENO BABY	116	b-complex plus vit c (calcium)	116
AVEENO MOISTURIZING	116	b-complex with b-12	116
aveeno soothing bath	116	b-complex with vitamin c	116
aviane	35	b-right	116
AVMAPKI-FAKZYNJA	74	b-sure	116
AXTLE	74	b12	116
ayuna	35	B12 ACTIVE	116
AYVAKIT	74	b12-methyltetrahydrofolate-b6	116
azacitidine	74	baby ddrops	117
azathioprine	46	baby skin protectant (pet)	117
azelaic acid	30	baby vitamin d3	117
azelastine	50, 103, 116	baby's super daily d3	117

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

bacitracin	50, 61, 117	baza protect (zinc oxide)	117
bacitracin zinc	117	BC ARTHRITIS	117
bacitracin-polymyxin b	50	BCG VACCINE, LIVE (PF)	46
bacitraycin plus	117	BD ALCOHOL SWABS	53
back and body pain reliever	117	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	53
backache relief extra strength	117	BD ECLIPSE LUER-LOK	53
baclofen	17	BD INSULIN SYRINGE	53
bal-care dha	93	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	53
balamine dm (chlor-pe)	117	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	53
balance b-100 (folic acid)	117	BD INSULIN SYRINGE U-500	53
balance b-50 (with folic acid)	117	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	53
balanced b-100	117	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	53
balanced b-100 complex	117	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	53
balanced b-50	117	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	53
balanced b-50 complex (folic)	117	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	53
balmex adult care	117	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	53
balmex complete protection	117	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	53
balsalazide	27	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	54
BALVERSA	74	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	54
balziva (28)	36	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	54
ban-acid	117	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	54
BAND-AID GAUZE PADS	53	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	54
banophen	117	BELEODAQ	74
banophen anti-itch	117	BELSOMRA	52
BAQSIMI	99	BENADRYL	117
BARACLUDE	90	BENADRYL ALLERGY	118
BAVENCIO	74	benadryl extra strength	118
bayer advanced	117	benazepril	20
bayer aspirin	117	benazepril-hydrochlorothiazide	20
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	117	bendamustine	74
bayer low dose aspirin	117	benfotiamine	118
bayer plus extra strength	117	BENLYSTA	46
baza antifungal	117	benzepro	118

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

benzonatate	118	bio-rytuss	118
benzoyl peroxide	118	BIOCEL (WITH LUTEIN)	118
benzphetamine	118	biocotron	118
benztropine	18	biodesp dm	118
BESPONSA	74	bionel	118
BESREMI	46	biopetit	118
best fiber	118	biotect plus	118
beta carotene	118	biotin	118
beta med	118	BIOTRUE HYDRATION BOOST	118
beta-hc	118	biozen	118
BETADINE OPHTHALMIC PREP	50	bisacodyl	119
betaine	105	bismuth	119
betamethasone acet,sod phos	42	bismuth subsalicylate	119
betamethasone dipropionate	30	bisoprolol fumarate	20
betamethasone valerate	30	bisoprolol-hydrochlorothiazide	20
betamethasone, augmented	30	BIZENGRI	74
betasal	118	black-draught lax-senna	119
BETASERON	28	bleomycin	74
betatemp	118	blis-to-sol (tolnaftate)	119
betaxolol	50	blisovi 24 fe	36
bethanechol chloride	34	blisovi fe 1.5/30 (28)	36
bexarotene	74	blisovi fe 1/20 (28)	36
BEXSERO	46	bone density calcium plus d	119
bicalutamide	74	bonine	119
bicarsim forte	118	BOOSTRIX TDAP	46
BICILLIN C-R	61	BORDERED GAUZE	54
BICILLIN L-A	61	BORTEZOMIB	74
BICNU	74	BOSULIF	74
BIKTARVY	90	BOUDREAUXS BUTT PASTE	119
BILAC	118	bp wash	119
BIO-D-MULSION	118	bpo	119
BIO-D-MULSION FORTE	118	BRAFTOVI	74
bio-dtuss dmx	118	brantussin dm	119

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

BREO ELLIPTA	103	c-1000 with rose hips	119
BREZTRI AEROSPHERE	103	c-500	119
briellyn	36	c-lax laxative (bisacodyl)	119
BRILINTA	97	c-nate dha	93
brimonidine	50	ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	119
brivaracetam	65	CABENUVA	90
BRIVIACT	65	cabergoline	44
brohist d	119	CABOMETYX	74
bromfed dm	119	CAL MAG ZINC PLUS D3	119
bromocriptine	18	cal-citrate	119
bronchial asthma relief	119	cal-gest antacid	119
brontuss sf	119	calaclear	120
BRUKINSA	74	calagesic	120
budesonide	27, 103	calahist	120
bufferin	119	calahist clear	120
bumetanide	20	calahist with pramoxine	120
bupivacaine (pf)	59	calamine clear	120
bupivacaine hcl	59	calamine medicated	120
buprenorphine	57	calamine plus (pramox-calamin)	120
buprenorphine hcl	27	calc carb-mag ox-d3-zinc gluc	120
buprenorphine-naloxone	27	calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan	120
bupropion hcl	69	calcidol	120
bupropion hcl (smoking deter)	27	calcipotriene	30
buspirone	59	calcitonin (salmon)	26
busulfan	74	calcitriol	26
BUSULFEX	74	calcium 26-vit d3-magnesium 15	120
butalbital-acetaminop-caf-cod	54	calcium 500	120
butalbital-acetaminophen-caff	54	calcium 500 + d	120
butenafine	119	calcium 500 with d	120
C		calcium 600	120
c 1000-bioflavonoids-rose hips	119	calcium 600 + d(3)	120
c complex	119	calcium 600 + minerals	120
c-1000	119	calcium 600 with vitamin d3	120



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

calcium 600-d3 plus (mag-zinc)	120	calcium with boron	122
calcium acetate	120	calcium with vitamin d	122
calcium amino acid chelate	120	calcium-d3-zinc-copper-mangan	122
calcium antacid	120	calcium-folic acid-vitamin d	122
calcium carb, citrate, malate	120	calcium-magnesium	122
calcium carb, citrate-vit d3	121	calcium-magnesium-copper-zinc	122
calcium carb,cit,mal-magnesium	121	calcium-magnesium-vit d3-boron	122
calcium carb-d3-mag cmb11-zinc	121	calcium-magnesium-zinc	122
calcium carb-d3-mag ox-zinc ox	121	calcium-vitamin d3-vitamin k	122
calcium carb-mag ox-zinc gluc	121	caldyphen	122
calcium carb-mag ox-zinc sulf	121	caldyphen clear	122
calcium carbonate	121	caldyphen clear(pram-cmpshr-zn)	122
calcium carbonate-simethicone	121	CALICYLIC	122
calcium carbonate-vit d3-min	121	callus remover	123
calcium carbonate-vitamin d3	121	callus removers	123
calcium chloride	93	CALPHRON	123
calcium cit-mag aspart,oxid-d3	121	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	74
calcium citrate	121	CALTRATE WITH VITAMIN D3	123
calcium citrate + d	121	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS	123
calcium citrate malate-vit d3	121	camila	36
calcium citrate plus	121	camrese	36
calcium citrate plus (vit b6)	121	camrese lo	36
calcium citrate-vitamin d3	121, 122	candesartan	20
calcium for women	122	candesartan-hydrochlorothiazid	20
calcium gluconate	93, 122	CAPLYTA	87
calcium lactate	122	CAPRELSA	74
calcium magnesium plus d	122	CAPRON DM	123
calcium no.38-d3-mag-boron	122	captopril	20
calcium phos-d3-magnesium-zinc	122	captopril-hydrochlorothiazide	20
calcium phosphate	122	carbamazepine	65, 66
calcium phosphate-vitamin d3	122	carbidopa-levodopa	18, 19
calcium plus menaq7 adult	122	carbidopa-levodopa-entacapone	19
calcium plus menaq7 senior	122	carboplatin	74

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	54	central-vite	123
carglumic acid	93	central-vite women's mature	123
carisoprodol	102	centratex	123
carmustine	74	centravites	123
carteolol	50	centravites 50 plus	123
cartia xt	20	centravites adults	123
CARTIVISC	123	centrum	123
carvedilol	20	CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	123
cascara sagrada	123	centrum adult 50 plus	123
caspofungin	71	centrum complete	123
castor oil	123	CENTRUM MEN	123
CAYSTON	103	centrum multigummies men	123
cefaclor	61	centrum multigummies women	123
cefadroxil	61	centrum silver	123
cefazolin	61	CENTRUM SILVER MEN	123
cefazolin in dextrose (iso-os)	61	CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S	123
cefdinir	61	centrum specialist heart	123
cefepime	61	CENTRUM ULTRA MEN'S	123
cefepime in dextrose 5 %	61	centrum women	123
cefepime in dextrose,iso-osm	61	century	123
cefixime	61	century adult formula	123
cefotetan	61	century adults 50 plus	123
cefoxitin	61	century mature	124
cefoxitin in dextrose, iso-osm	61	century men	124
cefpodoxime	61	century men 50 plus	124
cefprozil	61	century women	124
ceftazidime	62	century women 50 plus	124
ceftriaxone	62	cenvite	124
ceftriaxone in dextrose,iso-os	62	cephalexin	62
cefuroxime axetil	62	CEQR SIMPLICITY	54
cefuroxime sodium	62	CEQR SIMPLICITY INSERTER	54
celebrate b-12 quick-melt	123	cerave psoriasis	124
celecoxib	57	CEREFOLIN	124

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

CEREFOLIN BRAIN WELLNESS	124	child dometuss-da	125
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL)	124	child fever reducer-pain relvr	125
CEROVITE SENIOR	124	child giltuss allergy plus(dm)	125
certa plus	124	CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH	125
CERTAVITE SENIOR	124	CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT	125
certavite-antioxidant	124	child mucus relief cough	125
cetaphil eczema restoraderm	124	child mucus relief expectorant	125
cetiri-d	124	child multi-symptom cold-fever	125
cetirizine	103, 124	child multivitamin plus iron	125
cetirizine-pseudoephedrine	124	child pain rel-fever reducer	125
chateal eq (28)	36	child plus cough and runnynose	125
CHEMET	93	child probiotic digest-immune	125
CHEST CONGESTION RELIEF	124	child wal-tap cold-allergy	125
chest congestion relief dm	124	child's all day allergy(cetir)	125
chest congestion relief pe	124	child's fiber select gummies	125
chest congestion-cough hbp	124	child's mucus relief m-s cold	125
chest congestion-cough relief	124	child's omega-3 dha multivitam	125
chest-sinus congestion relief	124	children dimetapp m-s cold-flu	125
chewable iron	124	children multivitamin	125
child allergy plus congestion	124	children night time cold-cough	125
child allergy relf(cetirizine)	124	children's acetaminophen	125
child allergy relief (diphen)	124	CHILDREN'S ADVIL	125
child benadryl plus congestion	124	CHILDREN'S ALAWAY	126
child chest congestion-cough	124	CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY	126
child chewable vitamn complete	125	children's aller-tec	126
child cold-cough day-night	125	children's allergy (diphenhyd)	126
child complete multivitamin	125	children's allergy relief(fex)	126
child cough and sore throat	125	children's allergy relief(lor)	126
child cough-chest congest dm	125	children's allergy(cetirizine)	126
child cough-cold (bromphen-dm)	125	children's antacid	126
child delsym cough-chest dm	125	children's aspirin	126
CHILD DELSYM COUGH-COLD	125	CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY	126
child dimetapp cough-allergy	125	children's benadryl allergy	126

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

children's cetirizine	126	children's multivitamin gummy	127
children's chest congestion	126	children's multivitamin-immune	127
children's chew multivitamin	126	children's non-aspirin	127
children's chewable complete	126	children's pain relief	127
children's chewable multivitmn	126	children's pain reliever	127
children's chewables	126	children's pain-fever relief	127
children's chewables extra c	126	children's pepto	127
CHILDREN'S CLARITIN	126	children's plus flu	127
children's cold and cough (pe)	126	children's probiotic	127
children's cold and cough dm	126	children's profen ib	127
children's cold-allergy (pe)	126	children's soothe	127
children's cold-cough daytime	126	children's stuffy nose-cold	127
children's cold-cough-sore	126	children's sudafed pe cough	128
children's cough	126	children's tylenol	128
children's cough-cold relief	126	CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU	128
children's dibromm cold-allerg	126	children's wal-dryl allergy	128
children's dibromm dm cold-cou	126	children's wal-fex	128
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH	126	children's wal-zyr	128
children's easy-melts	127	CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	128
children's fever reducing	127	childrens chewable probiotic	128
children's flu relief	127	childrens fiber gummy bear	128
children's giltuss cough-chest	127	CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD	128
children's ibuprofen	127	childrens giltuss ex	128
children's loratadine	127	childrens plus cold	128
children's m-s cold day-night	127	childrens plus multi-symp cold	128
children's mapap	127	chlds triacting cold-cough	128
CHILDREN'S MOTRIN	127	chld robitussin cough-chest dm	128
children's motrin jr strength	127	chld robitussin night cough dm	128
children's mucinex cough	127	chloramphenicol sod succinate	62
children's multi-symptom cold	127	chlorhexidine gluconate	30
children's multi-vit gummies	127	chlorhist	128
children's multivit (w lutein)	127	chloroquine phosphate	86
children's multivitamin	127	chlorothiazide sodium	20

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

chlorpheniramine maleate	128	CLARITIN	129
chlorpromazine	87	CLARITIN REDITABS	129
chlortabs	128	CLARITIN-D 12 HOUR	129
chlorthalidone	20	claritin-d 24 hour	129
chocolate laxative	128	clear anti-itch	129
cholecalciferol (vitamin d3)	128, 129	clear away	129
cholestyramine (with sugar)	20, 21	clear fiber	129
cholestyramine light	21	clearasil daily clear(benzoyl)	129
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	42	clearasil rapid rescue (salic)	129
ciclodan	71	clearasil stubborn acne	129
ciclopirox	71	clearasil ultra	129
ciditrine (glucosamine)	129	CLEARBLUE DIGITAL OVULATION	129
cidofovir	90	CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST	130
cilostazol	97	CLEARBLUE EASY OVULATION	130
CIMDUO	90	CLEARBLUE EASY OVULATION TEST	130
cimetidine	32, 129	CLEARBLUE FERTILITY MONITOR	130
cimetidine hcl	32	CLEARBLUE FERTILITY STICKS	130
cinacalcet	26	CLEARBLUE PREGNANCY TEST	130
ciprofloxacin hcl	50, 62	clearcanal earwax softener	130
ciprofloxacin in 5 % dextrose	62	clearlax	130
cisplatin	74	CLEOCIN	62
citalopram	69	clindamycin hcl	62
citracal + d maximum	129	clindamycin in 0.9 % sod chlor	62
citracal regular	129	clindamycin in 5 % dextrose	62
CITRACAL-D3 GUMMIES	129	clindamycin palmitate hcl	62
CITRACAL-D3 PETITES	129	clindamycin pediatric	62
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE	129	clindamycin phosphate	31, 62
citrate of magnesia	129	clindamycin-benzoyl peroxide	31
CITROMA	129	clinere ear wax removal	130
citrucel	129	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	93
cladribine	75	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	93
claravis	30	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	93
clarithromycin	62	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	93

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	93	cocoa butter petroleum	130
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	93	cod liver oil	130
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	93	codeine-guaifenesin	130
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	93	coditussin ac	130
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	94	col-rite	130
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	94	cola (syrup)	130
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	94	COLACE	130
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	94	COLACE 2-IN-1	130
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	94	colchicine	17
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	94	cold and cough elixir	130
CLINISOL SF 15 %	94	cold and flu hbp	130
CLINOLIPID	94	cold and flu relief plus (d/n)	130
clobazam	66	cold and flu relief(diphen-pe)	130
clobetasol	31	cold and flu severe	130
clobetasol-emollient	31	cold and sinus pain relief	130
clofarabine	75	cold head congest(gg-pe-acetm)	130
CLOLAR	75	cold head congestion day/nite	130
clomipramine	69	cold head congestion daytime	130
clonazepam	59	cold head congestion nighttime	131
clonidine	21	cold head congestion sever day	131
clonidine hcl	21	cold max day-night	131
clopidogrel	97	cold max daytime	131
clorazepate dipotassium	59	cold multi-symptom	131
clotrimazole	71, 130	cold multi-symptom (chlorphen)	131
clotrimazole 3 day	130	cold multi-symptom day/night	131
clotrimazole af	130	cold multi-symptom nighttime	131
clotrimazole-3	130	cold relief	131
clotrimazole-7	130	cold relief m/s day/night	131
clotrimazole-betamethasone	71	cold relief plus	131
clozapine	87	cold-cough sinus relief pe	131
COARTEM	86	cold-flu m-symptom day-night	131
COBENFY	54	cold-flu relief	131
COBENFY STARTER PACK	54	cold-flu-sore throat	131

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

cold-sinus relief	131	contac cold-flu night	132
cold-sinus relief (ibuprofen)	131	COPAXONE	28
colestipol	21	COPIKTRA	75
colistin (colistimethate na)	62	coral calcium	132
COLUMVI	75	coricidin hbp chest cong-cough	132
COMBIGAN	50	coricidin hbp cold and flu	132
COMBIPATCH	36	coricidin hbp cold-multi sympt	132
COMBIVENT RESPIMAT	103	CORICIDIN HBP COUGH AND COLD	132
COMETRIQ	75	CORLOPAM	21
comfort gel	131	corn remover	132
comfort gel extra strength	131	corn-callus remover	132
COMPLERA	90	cortisone (hydrocortisone)	132
complete	131	cortisone cooling	132
complete allergy	131	cortisone with aloe	132
complete allergy medicine	131	cortizone-10	132
complete lice treatment	131	cortizone-10 feminine itch	132
complete multivitamin-mineral	131	cortizone-10 with aloe	132
complete mv adult 50 plus	131	corvita	132
complete natal dha	94	corvita 150	132
completenate	131	CORVITE	132
complex b-100	131	cosamin ds	132
compound w	131	COSENTYX	46
compound w dual power 2-in-1	131	COSENTYX (2 SYRINGES)	46
compound w gel kit	132	COSENTYX PEN	46
compro	70	COSENTYX PEN (2 PENS)	46
condrolite	132	COSENTYX UNOREADY PEN	46
conex	132	COSMEGEN	75
conex pediatric	132	COTELLIC	75
congest-eze pe	132	cough and cold (chlorphen-dm)	132
congestion relief (ibuprof-pe)	132	cough and cold mucus relief cf	132
conjugated estrogens	36	cough and severe cold	133
constulose	32	cough syrup	133
contac cold-flu day	132	cough syrup dm	133

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

cough-chest congestion dm	133	d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl	94
cough-cold relief hbp	133	d5 % and 0.9 % sodium chloride	94
cough-sore throat night	133	d5 %-0.45 % sodium chloride	94
creamy acne face	133	dabigatran etexilate	97
CREON	105	dacarbazine	75
critic-aid clear af(miconazol)	133	dactinomycin	75
cromolyn	50, 103	daily acne wash	133
cryselle (28)	36	daily face wash	134
curad petroleum jelly	133	daily fiber	134
curae	133	daily fiber (psyllium-aspart)	134
CURITY ALCOHOL SWABS	54	daily fiber (psyllium-sucrose)	134
CURITY GAUZE	54	daily gummies	134
cyanocobalamin (vitamin b-12)	133	daily multi-vitamin	134
cyanocobalamin-cobamamide	133	daily multiple for women	134
cyanocobalamin-methylcobalamin	133	daily multivitamin	134
cyclobenzaprine	102	daily multivitamin with iron	134
cyclophosphamide	75	daily multivitamin-minerals	134
cyclosporine	46, 50	daily probiotic	134
cyclosporine modified	46	daily probiotic (b.infantis)	134
CYRAMZA	75	daily value	134
cyred	36	daily vitamin formula	134
cyred eq	36	daily vitamin formula-iron	134
CYSTAGON	105	daily vitamin formula-minerals	134
CYSTARAN	50	DAILY VITAMIN WITH IRON	134
cytarabine	75	DAILY VITES/IRON	134
cytarabine (pf)	75	DAILY-VITE	134
D		DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID)	134
d-vi-sol	133	dalfampridine	28
d10 %-0.45 % sodium chloride	94	danazol	36
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	94	dandruff shampoo (pyrithione)	134
d3 dots	133	dandruff shampoo (selen-aloe)	134
d3-2000	133	dandruff shampoo (selenium)	134
d3-5000	133	dandruff shampoo/conditioner	134

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

dantrolene	17	daytime-nighttime cough	135
DANYELZA	75	ddrops	135
DANZITEN	75	deblitane	36
dapsone	73	DEBROX	135
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	46	debrox kids	135
daptomycin	62	debrox swimmer's ear	135
daptomycin in 0.9 % sod chlor	62	decara	135
darifenacin	34	decitabine	75
darunavir	90	deferasirox	94
DARZALEX	75	dekas essential	135
DARZALEX FASPRO	75	DELSTRIGO	90
dasatinib	75	delsym cough-chest congest dm	135
dasetta 1/35 (28)	36	DELSYM COUGH-SORE THROAT	135
dasetta 7/7/7 (28)	36	delta d3	135
DATROWAY	75	DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN)	135
daunorubicin	75	DENGVAXIA (PF)	46
DAURISMO	75	DEPLIN (ALGAL OIL)	135
day multi-symp flu-severe cold	134	deplin fc	135
day-cold night-cold-flu(doxyl)	134	DEPO-ESTRADIOL	36
day-night severe cold-flu	134	DEPO-SUBQ PROVERA 104	36
day-nite severe cold-flu	134	DERMACEA	54
dayhist allergy	134	dermacinrx atrix	135
daylogic acne foaming wash	134	dermacinrx lacterol	135
daylogic acne treatment	134	dermacinrx probinate	135
daylogic advanced healing	134	dermacinrx probisol	135
daysee	36	dermacinrx probitran	135
daytime cold and cough	135	dermacinrx probitol	135
daytime cold-flu	135	dermacinrx promerol	135
daytime cold-flu relief (pe)	135	dermafungal	135
daytime max cold-flu	135	DERMAPHOR	135
daytime-cold nighttime-cld-flu	135	dermarest eczema (hydrocort)	136
daytime-nighttime	135	dermarest psoriasis medicated	136
daytime-nighttime cold-flu	135	dermazinc	136

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

dermazinc shampoo	136	dextrose 5 %-lactated ringers	94
DERMAZINC SPRAY	136	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	94
DESCOVY	90	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	94
desenex	136	dextrose 50 % in water (d50w)	94
DESGEN	136	dextrose 70 % in water (d70w)	94
desgen dm	136	dhs sal	136
desgen dm (pseudoephedrine)	136	DHS ZINC	136
desipramine	69	diabetes health formula	136
desloratadine	103	diabetic multivitamin	136
desmopressin	42	diabetic tussin dm	136
desog-e.estradiol/e.estradiol	36	diabetic tussin ex	136
despec dm-g	136	DIACOMIT	66
despec eda cough-cold drops	136	dialyvite 800	136
despec-dm (phenyleph-dm-guaif)	136	dialyvite vitamin d	136
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif)	136	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	136
desvenlafaxine succinate	69	diamode	136
dexamethasone	42	diaper balm	136
dexamethasone intensol	42	diaper rash	136, 137
dexamethasone sodium phos (pf)	42	diarrhea relief (bismuth subs)	137
dexamethasone sodium phosphate	42, 50	diazepam	59, 60, 66
dexbrompheniramine-phenylep-dm	136	diazepam intensol	60
dexchlorphen-pse-chlophedianol	136	diazoxide	99
dexifol	136	diclofenac potassium	57
dexlansoprazole	32	diclofenac sodium	31, 51, 57
dexmethylphenidate	28	dicloxacillin	62
dexrazoxane hcl	75	dicyclomine	33
dextroamphetamine sulfate	29	didanosine	90
dextroamphetamine-amphetamine	29	diethylpropion	137
dextromethorphan-guaifenesin	136	DIFFERIN	137
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	94	DIFICID	63
dextrose 10 % in water (d10w)	94	digestive probiotic	137
dextrose 25 % in water (d25w)	94	digestive relief	137
dextrose 5 % in water (d5w)	94	DIGITAL PREGNANCY TEST	137

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

digitek	21	DOLOGESIC-DF	138
digoxin	21	dometuss g	138
dihydroergotamine	18	dometuss-dmx	138
dilt-xr	21	dometuss-nr	138
diltiazem hcl	21	dona	138
dimaphen dm	137	donepezil	17
dimenhydrinate	137	dorzolamide	51
DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE)	137	dorzolamide-timolol	51
dimetapp cold-congestion	137	dotti	36
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE)	137	double antibiotic (b.tracn zn)	138
dimethyl fumarate	29	double antibiotic-pain relief	138
diotame	137	DOVATO	90
diphedryl	137	doxazosin	21
diphedryl allergy	137	doxepin	60
diphen	137	doxercalciferol	26
diphenhydramine hcl	103, 137	doxorubicin	76
diphenoxylate-atropine	33	doxorubicin, peg-liposomal	76
disulfiram	28	doxy-100	63
DIURIL	21	doxycycline hyclate	63
divalproex	66	doxycycline monohydrate	63
dm max	137	dr manzanilla cough-cold	138
DOAN'S EXTRA STRENGTH	137	dr scholl's clear away	138
docetaxel	76	DR. SMITH'S DIAPER	138
docosanol	137	DRAMAMINE	138
docuprene	137	dramamine (meclizine)	138
docusate calcium	137	dramamine less drowsy	138
docusate sodium	137	driminate	138
docuzen	137	dripdrop	138
dodex	138	DRISDOL	138
dofetilide	21	DRISTAN COLD	138
dok	138	DRIZALMA SPRINKLE	29
dolishale	36	dronabinol	70
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN)	138	droperidol	87

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	54	ear wax removal kit	139
DROPLET INSULIN SYRINGE	54	ear wax removal system	139
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	54	EARLY PREGNANCY TEST	139
DROPLET PEN NEEDLE	55	EARLY RESULT PREGNANCY TEST	139
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	55	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	55
DROPSAFE PEN NEEDLE	55	easy fiber	139
drosiprenone-ethinyl estradiol	36	easy fiber (wheat dextrin)	139
DROXIA	55	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	55
dss	138	eazze the pain	139
dual action complete	138	econtra ez	139
dual action freeze away wart	138	econtra one-step	139
dual action pain reliever	138	ECOTRIN	139
DUAVEE	36	ecotrin low strength	139
DULCOLAX (BISACODYL)	138	eczema	139
dulcolax (magnesium hydroxide)	138	eczema care	139
dulcolax stool softener (dss)	138	eczema relief	139
duloxetine	29	ed a-hist	139
duofilm	138	ed a-hist dm	139
DUPIXENT PEN	46	ed bron gp	139
DUPIXENT SYRINGE	46	ed chlorped jr	139
duragel callus removers	138	ed-apap	139
DUREX AIR CONDOM	138	EDURANT	90
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	138	EDURANT PED	90
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM	138	efavirenz.....	90
DUREX TROPICAL CONDOM	139	efavirenz-emtricitabin-tenofov	90
dutasteride	34	efavirenz-lamivu-tenofov disop	90
dutasteride-tamsulosin	34	effaclar (salicylic acid)	139
E		effaclar adapalene	139
e-200	139	efferves pain relief antacid	139
ear drops (carbamide peroxide)	139	EGRIFTA SV	42
ear drops for swimmers	139	EGRIFTA WR	42
ear dry	139	ELAHERE	76
ear wax removal drops	139	electrolyte-148	94

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

electrolyte-48 in d5w	94	emzahh	36
electrolyte-a	94	enalapril maleate	21
electrolytes-dextrose	139	enalapril-hydrochlorothiazide	21
ELELYSO	105	enalaprilat	21
elfolate	139	endacof - dm	140
elfolate plus	139	endit (zinc oxide)	140
ELIGARD	44	endocet	57
ELIGARD (3 MONTH)	44	ENDOMETRIN	36
ELIGARD (4 MONTH)	44	endur-b complex	140
ELIGARD (6 MONTH)	44	endur-c with rose hips	140
elinest	36	enema	140
ELIQUIS	97	enema disposable	140
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	98	ENEMEEZ	140
ELIQUIS SPRINKLE	98	ENFAMIL ENFALYTE	140
ELMIRON	34	ENGERIX-B (PF)	46
elon dual defense	140	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	46
ELREXFIO	76	ENHERTU	76
eluryng	36	enilloring	37
ELZONRIS	76	enoxaparin	98
EMCYT	76	enpresse	37
EMERGEN-C	140	enskyce	37
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	140	ENSTILAR	31
emetrol	140	entacapone	19
emetrol chewable	140	entecavir	90
EMGALITY PEN	18	ENTEX T	140
EMGALITY SYRINGE	18	ENTRESTO	21
EMPLICITI	76	ENTRESTO SPRINKLE	21
EMRELIS	76	enulose	33
EMSAM	69	ENVARUSUS XR	46
emtricitabine-tenofovir df	90	EPCLUSA	90
emtricitabine	90	EPIDIOLEX	66
emtricitabine-tenofovir (tdf)	90	epinephrine	103
EMTRIVA	90	epirubicin	76

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

epitol	66	etodolac	57
EPKINLY	76	etonogestrel-ethinyl estradiol	37
EPRONTIA	66	ETOPOPHOS	76
epsom salt (laxative)	140	etoposide	76
equalactin	140	etravirine	90
ERBITUX	76	eucerin baby eczema relief	140
ergocalciferol (vitamin d2)	140	eucerin eczema relief	140
ergotamine-caffeine	18	EULEXIN	76
eribulin	76	evac-u-gen (sennosides)	140
ERIVEDGE	76	everolimus (antineoplastic)	76
ERLEADA	76	everolimus (immunosuppressive)	46, 47
erlotinib	76	EVOMELA	76
errin	37	EVOTAZ	90
ertapenem	63	EXCEDRIN EXTRA STRENGTH	140
ery pads	31	EXCEDRIN MIGRAINE	140
ERYTHROCIN	63	exemestane	76
erythromycin	51, 63	EXKIVITY	76
erythromycin lactobionate	63	expectorant	140
erythromycin with ethanol	31	expectorant cough syrup	140
escitalopram oxalate	69	expectorant dm	140
eslicarbazepine	66	extra pain relief	141
esomeprazole magnesium	33	extra strength bayer	141
essence c	140	extraprin	141
essentia	140	EXXUA	69
estarylla	37	eye allergy itch relief	141
estradiol	37	eye allergy itch-redness rlf	141
estradiol valerate	37	eye allergy relief	141
estradiol-norethindrone acet	37	eye drops (tetrahydrozoline)	141
ESTRING	37	eye drops (with povidone)	141
eszopiclone	52	eye drops a.c.	141
ethambutol	73	eye drops advanced relief	141
ethosuximide	66	eye drops irritation relief	141
ethynodiol diac-eth estradiol	37	eye drops moisturizing relief	141

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

eye drops relief	141	FEMLYV	37
eye drops(tetrahydroz-zn sulf)	141	fenesin dm ir	141
eye drops(tetrahydrozolin-peg)	141	fenesin ir	141
eye health plus lutein	141	fenesin pe ir	141
eye itch relief	141	fenofibrate	21
eye multivitamin	141	fenofibrate micronized	21, 22
EYSUVIS	51	fenofibrate nanocrystallized	22
ezetimibe	21	fenofibric acid	22
ezetimibe-simvastatin	21	fentanyl	57
ezfe 200	141	fentanyl citrate	57
F			
fa-8	141	fentanyl citrate (pf)	57
falmina (28)	37	feosol	141
famciclovir	90	FER-IN-SOL	141
famotidine	33, 141	ferate	141
famotidine (pf)	33	fergon	141
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	33	ferosul	141
FANAPT	87	ferrex 150	142
FANAPT TITRATION PACK A	87	ferrex 150 forte	142
FANAPT TITRATION PACK B	87	ferrex 150 forte plus	142
FANAPT TITRATION PACK C	87	ferrex 150 plus	142
FANTASY CONDOM	141	ferrex 28	142
FARXIGA	99	ferric glycinate	142
FASENRA PEN	103	ferric x-150	142
fast mucus relief severe cold	141	ferro-sequels (iron-vit c)	142
FC2 FEMALE CONDOM	141	ferro-time	142
fe c	141	ferrocite	142
fe c plus	141	ferrous fumarate	142
fe-vite	141	ferrous gluconate	142
febuxostat	17	ferrous sulfate	142
feirza	37	fesoterodine	34
felbamate	66	FETZIMA	69
felodipine	21	fever reducer	142
		FEVERALL	142

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

fexofenadine	142	finasteride	34
fexofenadine-pseudoephedrine	142	fingolimod	29
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	99	FINTEPLA	66
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	99	FIRDAPSE	29
FIASP U-100 INSULIN	99	FIRMAGON	44
fiber (calcium polycarbophil)	142	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	44
fiber (dextrin)	142	first aid antibiotic	143
fiber (psyllium husk)	142	first aid antibiotic-pain rlf	143
fiber (psyllium husk-sugar)	142	FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST	143
fiber (with aspartame)	142	flanax (naproxen)	143
fiber delights	143	flavor chews antacid	143
fiber gummies	143	flecainide	22
fiber gummies (with b-complex)	143	fleet bisacodyl	143
fiber gummies (with chromium)	143	fleet docusate	143
fiber laxative (ca polycarbo)	143	FLEET ENEMA	143
fiber laxative (psyllium husk)	143	fleet glycerin (adult)	143
fiber laxative(methylcellulos)	143	FLEET MINERAL OIL	143
fiber select gummies	143	flevoxin	144
fiber supplement (inulin)	143	flexitol	144
fiber supplement(wheatdextrin)	143	flintstones multivitamin	144
fiber therapy (ca polycarboph)	143	flintstones/extra c	144
fiber therapy (m-cellulose)	143	flonase headache-allergy rlf	144
fiber therapy (psyllium-sucro)	143	FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF	144
fiber therapy laxative (husk)	143	FLORANEX	144
fiber therapy(psyl seed-sugar)	143	FLORAVANCE	144
fiber with probiotic	143	floraxyl	144
fiber-caps (psyllium husk)	143	floxuridine	76
fiber-lax	143	flu hbp	144
FIBER-STAT	143	flu severe cold-night(diph-pe)	144
fiber-tabs	143	flu-severe cold-cough daytime	144
FIBERCON	143	flu-severe cold-cough night	144
fiberex f15	143	fluconazole	72
fidaxomicin	63	fluconazole in nacl (iso-osm)	72



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

flucytosine	72	folitab	144
fludarabine	76	folivane-f	144
fludrocortisone	42	folivane-plus	144
flumazenil	55	FOLOTYN	77
flunisolide	103	folplex 2.2	145
fluocinolone	31	foltabs 800	145
fluocinolone acetonide oil	17	foltanx	145
fluocinolone and shower cap	31	foltanx rf	145
fluocinonide	31	FOLTRATE	145
fluoride (sodium)	144	FOLTX	145
fluorometholone	51	folvite-d	145
fluorouracil	31, 77	foot and sneaker	145
fluoxetine	69	formula 3	145
fluphenazine decanoate	87	FORTEO	26
fluphenazine hcl	87	fosamprenavir	90
flurbiprofen	57	fosinopril	22
flurbiprofen sodium	51	fosinopril-hydrochlorothiazide	22
fluticasone propion-salmeterol	104	fosphenytoin	66
fluticasone propionate	31, 104	FOTIVDA	77
fluvastatin	22	fruit c	145
fluvoxamine	69	fruit c-500	145
foaming acne face wash	144	FRUZAQLA	77
foaming antacid	144	full spectrum b-vitamin c	145
FOLAFY ER	144	fungi-nail	145
folamax	144	fungi-nail (tolnaftate)	145
folaprima	144	FUNGOID TINCTURE	145
folbee	144	furosemide	22
folbee plus	144	FUZEON	91
folbic	144	FYARRO	77
folbic rf	144	FYCOMPA	66
folic acid	144	G	
folic acid-vit b6-vit b12	144		
folic d3	144		
		g tussin ac	145
		g-fenesin	145

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

g-fenesin dm	145	generlac	33
G-SUPRESS DX	145	genicin	146
g-tron ped	145	genicin vita-d	146
G-TUSICOF	145	genicin vita-q	146
gabapentin	66	genicin vita-s	146
galantamine	17	genoravance	146
gallifrey	37	gentamicin	51, 63
GAMUNEX-C	47	gentamicin in nacl (iso-osm)	63
GARDASIL 9 (PF)	47	gentamicin sulfate (ped) (pf)	63
gas relief (simethicone)	145	gentian violet	146
gas relief 80 (simethicone)	145	gentle laxative (bisacodyl)	146
gas relief extra strength	145	gentle laxative (mag hydrox)	146
gas relief ultra strength	145	gentlelax	146
gas-x	145	GENVOYA	91
gas-x extra strength	145	geri-dryl	146
GAS-X ULTRA-STRENGTH	145	geri-kot	146
gatifloxacin	51	geri-lanta	146
GAUZE BANDAGE	55	geri-lanta supreme	146
GAUZE PAD	55	geri-mox antacid-antigas	146
gavilax	145	geri-pectate	146
gavilyte-c	33	geri-tussin	146
gavilyte-g	33	geri-tussin dm	146
gavilyte-n	33	GILOTRIF	77
GAVISCON	145	giltuss allergy plus (dm)	146
GAVISCON EXTRA STRENGTH	145, 146	GILTUSS COUGH-COLD	146
GAVRETO	77	giltuss cough-congestion	146
GAZYVA	77	giltuss diabetic	146
gefitinib	77	giltuss ex	146
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS	146	giltuss hbp	146
gemcitabine	77	glatiramer	29
gemfibrozil	22	glatopa	29
GEMTESA	34	glenmax peb	146
gencontuss	146	glenmax peb dm	146

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

glenmax peb dm forte	146	glucosamine-chondroitin ds	148
glentuss	146	glucosamine-chondroitin max st	148
GLEOSTINE	77	glucosamine-chondroitin-uc ii	148
glimepiride	99	glucosamine-d3-boswellia serr	148
glipizide	99	glucosamine-d3-hyaluronic acid	148
glipizide-metformin	99	glucosamine-fish oil	148
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min	146	glucosamine-msm-chondr-d3-bosw	148
glucos chond cplx advanced	147	glucosamine-msm-hyaluron acid	148
glucos-chond-msm (with antiox)	147	glyburide	99
glucosam-chon-collag-hyalur ac	147	glyburide micronized	99
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw	147	glyburide-metformin	99
glucosam-chond-msm(with boron)	147	glycerin (adult)	148
glucosam-chondr msm6-manganese	147	glycerin (child)	148
glucosam-chondr-msm with vit d	147	GLYCOPHOS	94
glucosam-chondr-vit c-mn-boron	147	glycopyrrolate	33
glucosam-msm-chond-bosw-hyalur	147	GLYXAMBI	99
glucosam-msm-chond-hrb149-hyal	147	GOMEKLI	77
glucosam-msm-chondroit-vit d3	147	goniotaire	148
glucosamine	147	goody's back and body pain	148
glucosamine chondroitin maxstr	147	GORMEL	148
glucosamine daily complex	147	GRAFAPEX	77
glucosamine hcl	147	granisetron hcl	71
glucosamine hcl-hyaluronic	147	griseofulvin microsize	72
glucosamine hcl-msm-chondroitn	147	griseofulvin ultramicrosize	72
glucosamine sul-chondroitn-msm	147	guaiasorb dm	148
glucosamine sulfate	147	guaifed (guaifenesin)	148
glucosamine sulfate-msm	147	guaifed-dm	148
glucosamine-chond-msm complex	147	guaifenesin	148
glucosamine-chondr (msm-hyal)	147	guaifenesin ac	148
glucosamine-chondroit-vit c-mn	147	guaifenesin dac	148
glucosamine-chondroitin	147, 148	guaifenesin-dm	148
glucosamine-chondroitin 3x	148	guanfacine	22, 29
glucosamine-chondroitin complx	148	gummi bear multivitamin	148

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

gummy dinos	148	heartburn relief (cimetidine)	149
GYNE-LOTRIMIN	148	heartburn relief (famotidine)	149
gyne-lotrimin 7	148	heather	37
H			
HAEGARDA	47	hematex	149
hailey	37	hematinic plus vit/minerals	149
hailey 24 fe	37	hematinic/folic acid	149
hailey fe 1.5/30 (28)	37	hematogen fa	149
hailey fe 1/20 (28)	37	hematogen forte	149
hair vitamins	148	HEMOCYTE-PLUS	149
hair, skin and nails (biotin)	148	hemorrhoid	149
hair,skin and nails	148	hemorrhoidal	149
hair,skin and nails(fa-biotin)	149	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa)	149
HALAVEN	77	hemorrhoidal (witch hazel)	149
halls defense	149	hemorrhoidal cooling	149
haloette	37	hemorrhoidal cream	149
haloperidol	87	hemorrhoidal h	149
haloperidol decanoate	87	hemorrhoidal hygiene	149
haloperidol lactate	87	hemorrhoidal relief	150
HARD NAILS	149	hemorrhoidal(pe-min oil-petro)	150
HAVRIX (PF)	47	heparin (porcine)	98
head congestion day-night	149	heparin, porcine (pf)	98
head congestion-flu severe pe	149	HEPLISAV-B (PF)	47
head congestion-mucus	149	her style	150
headache pm	149	herbiomed allergy cold-sinus	150
headache relief (asa-acet-caf)	149	herbiomed severe cold-flu m-s	150
headache relief pm	149	HERNEXEOS	77
healthy eyes	149	hi-cal plus vit d	150
healthy eyes supervision	149	HIBERIX (PF)	47
healthylax	149	high potency iron	150
heartburn antacid	149	high potency multivit (w-iron)	150
heartburn prevention	149	high potency multivitamin	150
heartburn relief	149	HISTEX PD	150
		histex pe	150

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

HISTEX-DM (PE)	150	hydrocortisone	27, 31, 32,
home lice-bedbug-dust mite spr	150	hydrocortisone acetate	150
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	99	hydrocortisone plus	150
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	99	hydrocortisone-acetic acid	17
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	99	hydrocortisone-aloe vera	150
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	99	hydrocream	150
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	100	hydrolatum	150
HUMALOG U-100 INSULIN	100	hydromet	150
HUMATIN	63	hydromorphone	57
HUMIRA	47	HYDROPHILIC PETROLATUM	150
HUMIRA PEN	47	HYDROPHOR	150
HUMIRA(CF)	47	hydroxocobalamin	151
HUMIRA(CF) PEN	47	hydroxychloroquine	86
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	47	hydroxyurea	77
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	47	hydroxyzine hcl	60
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	47	hydroxyzine pamoate	104
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	100	HYFTOR	32
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	100	hylavite	151
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	100	I	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	100		
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	100	i-prin	151
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN	100	I-VITE	151
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	100	ibandronate	26
HYCODAN (WITH HOMATROPINE)	150	IBRANCE	77
hydralazine	22	IBTROZI	77
hydralyte	150	ibu	58
hydrating electrolyte	150	ibu-200	151
hydrochlorothiazide	22	ibuprofen	58, 151
hydrocodone-acetaminophen	57	ibuprofen cold-sinus(with pse)	151
hydrocodone-chlorpheniramine	150	ibuprofen ib	151
hydrocodone-homatropine	150	ibuprofen jr strength	151
hydrocodone-ibuprofen	57	ibuprofen pm	151
		ibuprofen-acetaminophen	151

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

ibutilide fumarate	22	indapamide	22
ICAR	151	indomethacin	58
ICAR-C	151	INFANRIX (DTAP) (PF)	47
ICAR-C PLUS	151	infant fever reducer-pain relf	151
icatibant	47	infant pain reliever	151
iclevia	37	infant's acetaminophen	151
ICLUSIG	77	INFANT'S ADVIL	151
idarubicin	77	infant's ibuprofen	151
IDHIFA	77	INFANT'S MOTRIN	151
iferex 150	151	INFANT'S TYLENOL	151
iferex 150 forte	151	infant-toddler multivit	152
ifosfamide	77	infant-toddler multivit-iron	152
igualtuss	151	infant-toddler multivitamin	152
ILEVRO	51	infants gas relief	152
imatinib	77	infants profenib	152
IMBRUVICA	77, 78	infants simethicone	152
IMCIVREE	151	infants' mylicon	152
IMDELLTRA	78	infants' pain and fever	152
IMFINZI	78	infants' pain relief	152
imipenem-cilastatin	63	INFUVITE ADULT	152
imipramine hcl	69	INFUVITE PEDIATRIC	152
imipramine pamoate	69	INLEXZO	78
imiquimod	32	INLURIYO	78
IMJUDO	78	INLYTA	78
IMKELDI	78	INQOVI	78
IMLYGIC	78	INREBIC	78
IMODIUM A-D	151	INSULIN LISPRO	100
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF	151	INSULIN SYRINGE	55
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	47	INSULIN SYRINGE MICROFINE	55
INBRIJA	19	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	55
incassia	37	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	55
INCONTROL ALCOHOL PADS	55	INTEGRA F	152
INCRELEX	42	INTEGRA PLUS	152

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

INTELENCE	91	ISOLYTE-S	95
intestinex	152	isoniazid	73
INTRALIPID	94	isosorbide dinitrate	22
introvale	37	isosorbide mononitrate	22
INVEGA HAFYERA	87	isosorbide-hydralazine	22
INVEGA SUSTENNA	88	isotretinoin	32
INVEGA TRINZA	88	ISTODAX	78
invigoflex d	152	ISUPREL	22
INVOKAMET	100	itch relief	152
INVOKAMET XR	100	itch relief (clotrimazole)	152
INVOKANA	100	itch relief (diphenhydramine)	152
inzo antifungal	152	itch relief (hc)	152
IONOSOL-MB IN D5W	95	itch relief (hc) with aloe	152
IPOL	47	itch relief (pramoxine-zinc)	152
ipratropium bromide	104	itch stopping(diphenhydramine)	152
ipratropium-albuterol	104	ITOVEBI	78
irbesartan	22	itraconazole	72
irbesartan-hydrochlorothiazide	22	IV PREP WIPES	55
irinotecan	78	ivermectin	86, 153
iron	152	IVRA	78
iron (ferrous sulfate)	152	IWILFIN	78
iron 100 plus	152	IXEMPRA	78
iron bisglycinate chelate	152	IXIARO (PF)	47
iron chews	152	J	
iron folate plus	152	jaimiess	37
iron folate-f	152	JAKAFI	78
iron,carbonyl-vitamin c	152	jantoven	98
is-d-10,000	152	JANUMET	100
ISENTRESS	91	JANUMET XR	100
ISENTRESS HD	91	JANUVIA	100
isibloom	37	JARDIANCE	100
ISOLYTE S PH 7.4	95	jasmiel (28)	37
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	95	JAYPIRCA	78

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

JEMPERLI	78	kelnor 1/35 (28)	38
jencycla	37	kelnor 1/50 (28)	38
JENTADUETO	100	kelp-lecithin-b6	153
JENTADUETO XR	100	KERENDIA	22
JEVTANA	78	KESIMPTA PEN	29
jock itch	153	ketoconazole	72
jock itch (clotrimazole)	153	ketorolac	51, 58
jock itch (terbinafine)	153	ketotifen fumarate	153
jr. strength pain reliever	153	keyfolic	153
juleber	38	KEYTRUDA	78
julie	153	KEYTRUDA QLEX	78
JULUCA	91	kids multivitamin complete	153
junel 1.5/30 (21)	38	kids vitamin d3	153
junel 1/20 (21)	38	kids' gummy	153
junel fe 1.5/30 (28)	38	KIMMTRAK	78
junel fe 1/20 (28)	38	KIMONO LUBRICATED CONDOMS	153
junel fe 24	38	KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	153
JYLAMVO	47	KIMONO MICROTHIN CONDOMS	153
JYNNEOS (PF)	47	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	153
K		KIMONO TEXTURED CONDOMS	153
		KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	153
k-pax immune support	153	kinderlyte	153
k-pec antidiarrheal (bism sub)	153	kindermed infants pain-fever	153
k2 plus d3	153	kindermed kid night cold-cough	153
KABIVEN	95	kindermed kids cough-congest	153
KADCYLA	78	kindermed kids pain-fever	153
KALETRA	91	KINRIX (PF)	47
kalliga	38	kionex (with sorbitol)	95
KALYDECO	104	KISQALI	78, 79
KANJINTI	78	KISQALI FEMARA CO-PACK	79
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY)	153	klayesta	72
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM)	153	klor-con 10	95
kaopectate ex str (bismuth ss)	153	KLOR-CON 8	95
kariva (28)	38		

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

klor-con m10	95	lanreotide	44
KLOR-CON M15	95	lansoprazole	33
klor-con m20	95	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	100
KLOXXADO	28	LANTUS U-100 INSULIN	100
kobee	153	lapatinib	79
konsyl (sugar)	153	larin 1.5/30 (21)	38
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA)	153	larin 1/20 (21)	38
KONSYL SUGAR-FREE	154	larin 24 fe	38
KOSELUGO	79	larin fe 1.5/30 (28)	38
KRAZATI	79	larin fe 1/20 (28)	38
kurvelo (28)	38	latanoprost	51
KYPROLIS	79	lax stool softener with senna	154
L		laxa basic	154
l norgest/e.estradiol-e.estrad	38	laxacin	154
l-methyl-mc	154	laxaclear	154
l-methylfolate forte	154	laxative (bisacodyl)	154
l. acidophilus-b. coagulans	154	laxative (sennosides)	154
l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm	154	laxative peg 3350	154
l.acidophilus-bifido.longum	154	laxative pills	154
labetalol	22	laxative pills regular	154
lacosamide	66	LAZCLUZE	79
lactated ringers	55, 95	leena 28	38
lactobac acidoph-fructooligos	154	leflunomide	47
lactobacillus acidoph-l. bifid	154	lenalidomide	79
lactobacillus acidoph-l.bulgar	154	LENVIMA	79
lactobacillus acidophilus	154	lessina	38
lactulose	33	letrozole	79
lamisil af	154	leucovorin calcium	79
lamisil at	154	LEUKERAN	79
lamivudine	91	leuprolide	44
lamivudine-zidovudine	91	leuprolide acetate (3 month)	44
lamotrigine	66, 67	levalbuterol tartrate	104
LAMPIT	86	levetiracetam	67

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

levetiracetam in nacl (iso-os)	67	lidocaine (pf)	23
LEVO-T	43	lidocaine hcl	59
levobunolol	51	lidocaine in 5 % dextrose (pf)	23
levocarnitine	95	lidocaine viscous	59
levocarnitine (with sugar)	95	lidocaine-epinephrine	59
levocetirizine	104, 154	lidocaine-prilocaine	59
levofloxacin	63	lidoguard	155
levofloxacin in d5w	63	linagliptin-metformin	100
levoleucovorin calcium	79	lincomycin	63
levomefol-b6-meb12-algal oil	154	linezolid	63
levomefolate calcium	154	linezolid in dextrose 5%	63
levomefolate-algal oil	154	linezolid-0.9% sodium chloride	63
levonest (28)	38	lintera	155
levonorg-eth estrad triphasic	38	LINZESS	33
levonorgestrel	154	liomny	43
levonorgestrel-ethinyl estrad	38	liothyronine	43
levora-28	38	LIP TREATMENT	155
levothyroxine	43	liquibid d-r	155
LEVOXYL	43	liquid antacid	155
LEVULAN	79	liquid b-12	155
LEXIVA	91	liquid c	155
LIBERVANT	67	liquid calcium with vitamin d	155
LIBTAYO	79	liquid corn and callus remover	155
lice bedding spray	154	liquituss gg	155
lice complete kit 1-2-3	155	liraglutide	100
lice killing	155	liraglutide (weight loss)	155
lice killing (permethrin)	155	lisinopril	23
lice pyrinyl shampoo	155	lisinopril-hydrochlorothiazide	23
lice solution	155	lithium carbonate	52
lice treatment	155	lithium citrate	52
lice treatment (permethrin)	155	LITTLE ANIMALS	155
lice-bedbug-mite bedding	155	little animals-iron	155
lidocaine	59, 155	little remedies fever and pain	155

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

little remedies gas relief	155	LOTEMAX SM	51
little tummys gas relief	155	lotrimin af	156
LIVTENCITY	91	LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE)	156
Imefol ca-acetyl-meb12-algal	155	lotrimin af jock itch powder	156
LMX 5	155	lotrimin af powder	156
lo-zumandimine (28)	38	LOTRIMIN ULTRA	156
LOCOID LIPOCREAM	32	lovastatin	23
LOESTRIN 1.5/30 (21)	38	low-ogestrel (28)	39
LOESTRIN 1/20 (21)	38	loxapine succinate	88
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	38	lubiprostone	33
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	38	lubricant redness reliever	156
lohist - d	155	ludent fluoride	156
lohist-dm	155	luizza	39
lojaimiess	38	LUMAKRAS	80
LOKELMA	95	LUMIFY	156
lomustine	79	LUMIGAN	51
long acting nasal decong (pse)	155	lunitene	156
LONSURF	80	LUNSUMIO	80
loperamide	33, 155	LUPRON DEPOT	44
loperamide-simethicone	155	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	44
lopinavir-ritonavir	91	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	44
LOQTORZI	80	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	44
loradamed	156	LUPRON DEPOT-PED	44
lorata-d	156	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	44
lorata-dine d	156	lurasidone	88
loratadine	156	lurbipr	58
loratadine-d	156	luteru (28)	39
lorazepam	60	LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	44
lorazepam intensol	60	LYBALVI	88
LORBRENA	80	lycopene	156
loryna (28)	38	lyleq	39
losartan	23	lyllana	39
losartan-hydrochlorothiazide	23	LYNOZYFIC	80

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

LYNPARZA	80	magnesium sulfate in d5w	95
lysiplex plus	156	magnesium sulfate in water	95
LYSODREN	80	magnesium, potassium aspartate	157
LYTGOBI	80	MAGOX	157
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	101	MAGTAB	157
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	101	malathion	32
LYUMJEV U-100 INSULIN	101	mapap (acetaminophen)	157
lyza	39	mapap cold formula	157
M			
m-dryl	156	maraviroc	91
M-M-R II (PF)	47	MARGENZA	80
m-natal plus	95	marlissa (28)	39
m-pap	156	MARPLAN	69
MAALOX ADVANCED	156	MATULANE	80
maalox maximum strength	156	maxallergy kids	157
MAG 64	156	maxi-tuss ac	157
mag-al plus	156	maxi-tuss g	157
mag-al plus extra strength	156	maxi-tuss gmx	157
mag-delay	156	maxi-tuss jr	157
mag-g	156	maxi-tuss pe	157
magnesium	156	maxi-tuss pe jr	157
magnesium (oxide/aa chelate)	156	maxi-tuss pe max	157
magnesium amino acid chelate	156	maxi-tuss tr	157
magnesium chloride	156	maximum strength cold-flu	157
magnesium citrate	157	maxrelief junior	157, 158
magnesium citrate,mag oxide	157	maxtussin	158
magnesium citrate-lemon balm	157	maxtussin dm	158
magnesium gluconate	157	me-thfolate glucos-mecobalamin	158
magnesium glycinate	157	meclizine	71, 158
magnesium hydroxide	157	mecobalamin (vitamin b12)	158
magnesium l-lactate	157	medi-meclizine	158
magnesium oxide	157	MEDI-PADS	158
magnesium sulfate	95, 157	medi-seltzer	158
		medicated pads	158



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

medicated wipes	158	menstrual pain relief	159
medicaidin-d	158	menstrual relief	159
mediplast corn-callus-wart	158	menstrual relief(pamabr-pyrl)	159
mediproxen	158	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	47
medroxyprogesterone	39	mercaptopurine	80
mefloquine	86	MERIBIN	159
mega biotin	158	meropenem	64
mega multi for women	158	meropenem-0.9% sodium chloride	64
mega multiple/chelated mineral	158	mesalamine	27
MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN	158	mesna	80
megestrol	39	MESNEX	80
MEKINIST	80	META APPETITE CTRL (ASPARTAME)	159
MEKTOVI	80	metafolbic	159
meleya	39	metafolbic plus	159
meloxicam	58	metafolbic plus rf	159
melphalan	80	METAMUCIL	159
melphalan hcl	80	metamucil (sugar)	159
memantine	17	metamucil (with sugar)	159
men 50 plus advanced one daily	158	METAMUCIL FREE (WITH SUGAR)	159
men 50 plus multivitamin	158	METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	159
men under 50 multivitamin	158	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	159
men's 50 plus daily formula	158	metamucil sunrise	159
men's 50 plus multivitamin	158	METANX (ALGAL OIL)	159
men's daily formula	158	metformin	101
men's daily gummies	158	methadone	58
men's multivitamin	158	methadone intensol	58
men's multivitamin gummies	158	methazolamide	51
men's one daily	158	methenamine hippurate	64
men's pack	158	methimazole	45
MENACTRA (PF)	47	methocarbamol	102
MENEST	39	methotrexate sodium	48
MENQUADFI (PF)	47	methotrexate sodium (pf)	48
menstrual complete	159	methscopolamine	33

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

methsuximide	67	micotrin ap	160
methyldopa	23	micro-guard	160
methyldopa-hydrochlorothiazide	23	microflor 33	160
methylphenidate hcl	29	microgestin 1.5/30 (21)	39
methylprednisolone	42	microgestin 1/20 (21)	39
methylprednisolone acetate	42	microgestin fe 1.5/30 (28)	39
methylprednisolone sodium succ	42	microgestin fe 1/20 (28)	39
methyltetrahydrofolate glucos	159	midodrine	23
metoclopramide hcl	71	midol complete	160
metolazone	23	MIDOL MAX ST MENSTRUAL	160
metoprolol succinate	23	midol pm	160
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	23	mifepristone	55
metoprolol tartrate	23	migraine formula	160
metronidazole	64	migraine relief	160
metronidazole in nacl (iso-os)	64	mili	39
metyrosine	23	milk of magnesia	160
mg217 psoriasis (coal tar)	159	milk of magnesia concentrated	160
mgo	159	milltrium senior	160
micafungin	72	mineral oil	160
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	72	mineral oil extra heavy	160
micatin	159	mineral oil heavy	160
miclara dm	159	mini enema	160
miclara lq	159	mini multivitamins-iron	160
micomitin	159	minocycline	64
miconazole nitrate	159	minoxidil	23
miconazole-3	72, 159, 160	mintox maximum strength	160
miconazole-3 prefil,cream,wipe	160	mintox plus	160
miconazole-7	160	MIRALAX	160
miconazole-skin clnsr17	160	MIRENA	55
miconazorb af	160	mirtazapine	69, 70
micotrin ac	160	misoprostol	33
micotrin al	160	mitomycin	80
		mitoxantrone	80

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

mix-in laxative	160	MUCINEX	161
modafinil	52	MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT	161
MODEYSO	80	mucinex cough-chest congest hb	161
moexipril	23	MUCINEX D	161
moi-stir	160	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH	161
molindone	88	MUCINEX DM	161
mometasone	32, 104	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU	161
mondoxyne nl	64	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	161
monistat 1 (tioconazole)	160	mucinex fast-max cong-ha (dm)	161
monistat 3	160, 161	mucinex fast-max dm max	161
MONISTAT 7	161	mucinex fast-max kick cong-cgh	161
monistat care (hydrocortisone)	161	MUCINEX FAST-MAX NITE COLD-FLU	161
mono-lynyah	39	mucinex fast-max sv cong-cough	161
montelukast	104	MUCINEX FREEFROM DAY COLD-FLU	161
more-dophilus	161	mucinex sinus-max cng-pain(dm)	161
morphine	58	MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	162
morphine concentrate	58	mucinex sinus-max pressure-cgh	162
motion sickness	161	mucinex sinus-max sev congestn	162
motion sickness (meclizine)	161	mucosa	162
motion sickness relief	161	mucosa dm	162
motion sickness relief(mecliz)	161	mucus d	162
motion-time	161	mucus dm	162
motrin dual action w-tylenol	161	mucus dm max er	162
motrin ib	161	mucus relief	162
motrin pm	161	mucus relief cold and sinus	162
MOUNJARO	101	mucus relief cold-flu-sore thr	162
MOVANTIK	33	mucus relief congestion-cough	162
move it along	161	mucus relief cough	162
moxifloxacin	51, 64	mucus relief d (pseudoephed)	162
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	64	mucus relief dm	162
MRESVIA (PF)	48	mucus relief dm cough	162
mtx support	161	mucus relief dm max	162
mucilin sf	161	mucus relief er	162

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

mucus relief er dm-max	162	multivit-min-ferrous gluconate	163
mucus relief pe	162	multivit-min-folic acid-lutein	163
mucus relief sev congest-cold	162	multivit-min-iron fum-folic ac	163
mucus relief severe cold	162	multivitamin	163
mucus relief sinuspressur-pain	162	multivitamin 50 plus	163
mucus rlf severe sinus congest	162	multivitamin gummies	163
MUCUS-CHEST CONGESTION	162	multivitamin with iron	163
mucus-er max	162	multivitamin with minerals	163
MULTAQ	23	multivitamin women 50 plus	163
multi antibiotic plus	162	mupirocin	32
multi complete with iron	162	MURINE EAR	163
multi vitamin	162	murine ear wax removal system	163
MULTI-DAY PLUS MINERALS	162	muro 128	163, 164
multi-day with iron	162	MUTAMYCIN	80
multi-purpose ointment	163	MVASI	80
multi-symptom cold (pe)	163	my choice	164
multi-symptom relief eye	163	my way	164
multi-symptom severe cold-nt	163	my-vitalife	164
multi-vit with fluoride-iron	163	myco nail a	164
multi-vitamin hp/minerals	163	mycophenolate mofetil	48
multi-vitamin with fluoride	163	mycophenolate mofetil (hcl)	48
multi-vite	163	mycophenolate sodium	48
multigen	163	mycozyl ac	164
multigen folic	163	mycozyl al	164
multigen plus	163	mycozyl ap	164
multihealth fiber	163	myferon 150	164
multihealth fiber (sugar)	163	myferon 150 forte	164
multiple vitamin-minerals	163	mylanta gas	164
multiple vitamins	163	mylanta maximum strength	164
multivit with min-folic acid	163	MYLOTARG	80
multivit,calc,min-fa-k1-lycop	163	mynephrocaps	164
multivit-fluoride (metafolin)	163	mynephron	164
multivit-min-ferrous fumarate	163	myo-tone	164



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

MYRBETRIQ	34	NAYZILAM	67
N		nebivolol	23
nabumetone	58	necon 0.5/35 (28)	39
nadolol	23	nefazodone	70
nafcillin	64	nelarabine	80
nafcillin in dextrose iso-osm	64	neo-vital rx	95
naloxone	28, 164	neomycin	64
naltrexone	28	neomycin-bacitracin-poly-hc	51
NAMZARIC	17	neomycin-bacitracin-polymyxin	51
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	55	neomycin-polymyxin b-dexameth	51
NANO PEN NEEDLE	55	neomycin-polymyxin-gramicidin	51
naproxen	58	neomycin-polymyxin-hc	17, 51
naproxen sodium	58, 164	NEONATAL COMPLETE	95
naramin	164	NEONATAL PLUS VITAMIN	95
naratriptan	18	NEONATAL-DHA	95
NARCAN	164	neosporin (neo-bac-polym)	165
nasal decongestant (pe)	164	neosporin plus burn relief	165
nasal decongestant (pseudoeph)	164	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	165
NATACYN	51	NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR	165
NATAZIA	39	nephro vitamins	165
nateglinide	101	NEPHRO-VITE	165
natura-lax	164	NERLYNX	80
natural daily fiber	164	NEURIN-SL	165
natural fiber laxative	164	NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH	165
natural fiber laxative (sugar)	164	NEUTROGENA T/SAL	165
natural fiber laxative(aspart)	164	nevirapine	91
natural fiber supplement	164	new day	165
natural oatmeal bath treatment	164	NEXAFED	165
natural senna laxative	164	NEXLETOL	23
natural veg laxative(sennosid)	164	NEXLIZET	23
nausea control	164	NEXPLANON	39
nausea relief	165	NEXTERONE	23
NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA	165	niacin	23

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

niacor	24	NITROSTAT	24
NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM)	165	niva-fol	165
nicotinamide (with chromium)	165	niva-plus	166
NICOTROL NS	28	nivanex dmx	166
nifedipine	24	NIVESTYM	98
night time cold and flu relief	165	NIX CREME RINSE	166
night time pain medicine	165	NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION	166
nighttime allergy relief	165	nizatidine	33
nighttime cold-flu	165	nizoral psoriasis	166
nighttime cold-flu relief	165	noble formula	166
nighttime cough	165	noble formula hc	166
nikki (28)	39	nohist-dm	166
nilotinib d-tartrate	80	nohist-lq	166
nilotinib hcl	81	non-aspirin	166
nilutamide	81	non-aspirin extra strength	166
nimodipine	24	non-aspirin pain relief	166
ninjacof-xg	165	non-aspirin pm	166
NINLARO	81	nora-be	39
NIPENT	81	norelgestromin-ethin.estradiol	39
nisoldipine	24	norepinephrine bitartrate	24
nitazoxanide	86	noreth-ethinyl estradiol-iron	39
nite time cold-flu	165	norethindrone (contraceptive)	39
nite time cold-flu relief	165	norethindrone ac-eth estradiol	39
nite time cold-flu relief (pe)	165	norethindrone acetate	40
nite time cough	165	norethindrone-e.estradiol-iron	40
nite time-d cold-flu relief	165	norgestimate-ethinyl estradiol	40
nite-time cold-flu	165	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	95
nitetime multi-symptom	165	nortemp	166
nitisinone	105	nortrel 0.5/35 (28)	40
nitrofurantoin macrocrystal	64	nortrel 1/35 (21)	40
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	64	nortrel 1/35 (28)	40
nitroglycerin	24, 55	nortrel 7/7/7 (28)	40
nitroglycerin in 5 % dextrose	24	nortriptyline	70

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

NORVIR	91	octreotide acetate	44
norwegian cod liver oil	166	octreotide,microspheres	45
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	101	ocutabs	166
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	101	ocuvite with lutein	166
NOVOLIN N FLEXPEN	101	ODEFSEY	91
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	101	ODOMZO	81
NOVOLIN R FLEXPEN	101	odor control foot-sneaker	166
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	101	OFEV	104
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	101	ofloxacin	17, 51, 64
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	101	OGSIVEO	81
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	101	OJEMDA	81
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	101	OJJAARA	81
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	101	olanzapine	88
NOVOPEN ECHO	55	olmesartan	24
np thyroid	43	olmesartan-amlodipin-hcthiazid	24
NU-IRON	166	olmesartan-hydrochlorothiazide	24
nu-mag	166	olopatadine	51, 166
NUBEQA	81	omega-3 acid ethyl esters	24
NUCALA	104	omeprazole	33
NUEDEXTA	29	omeprazole-sodium bicarbonate	33
numbcream	166	omnicap	166
NUPERCAINAL	166	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	55
NUPLAZID	88	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	55
nusyllium	166	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	55
NUTRILIPID	95	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	55
nyamyc	72	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	55
nylia 1/35 (28)	40	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	55
nylia 7/7/7 (28)	40	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	55
nystatin	72	OMNIPOD GO PODS	56
nystatin-triamcinolone	72	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	56
nystop	72	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	56
O		OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	56
		OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	56
ocella	40		

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	56	ONE STEP OVULATION TEST	167
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	56	ONE STEP PREGNANCY TEST	167
OMNITROPE	42	one-a-day cholesterol plus	167
ONCASPAR	81	one-a-day essential	167
oncovite	166	one-a-day maximum formula	167
ondansetron	71	ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	167
ondansetron hcl	71	one-a-day men's pro edge	167
ondansetron hcl (pf)	71	one-a-day teen advantage	167
one daily	166	ONE-A-DAY VITACRAVES	167
one daily calcium/iron	166	ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	167
ONE DAILY COMPLETE	166	one-a-day women vitacraves	167
one daily energy	167	one-a-day women's 50 plus	168
one daily essential	167	ONE-A-DAY WOMENS FORMULA	168
one daily for men	167	onelax bisacodyl	168
one daily for men 50 plus adv	167	onelax docusate sodium	168
one daily for women	167	onelax fiber (with sucrose)	168
one daily healthy weight	167	onelax magnesium citrate	168
one daily maximum	167	onelax senna	168
one daily men's 50 plus memory	167	onevite calcium-d3	168
one daily men's 50 plus w-d3	167	onevite daily multivitamin	168
one daily men's health	167	ONIVYDE	81
one daily multivit-iron(folic)	167	ONUREG	81
one daily multivitamin	167	opcicon one-step	168
one daily multivitamin women	167	OPDIVO	81
one daily plus iron	167	OPDIVO QVANTIG	81
ONE DAILY PLUS MINERALS	167	OPDUALAG	81
one daily prenatal	167	OPIPZA	88
one daily women 50 plus	167	OPSUMIT	104
one daily women 50 plus(vit k)	167	OPSYNVI	104
one daily women's	167	OPTIFLEX-G	168
one daily women's health	167	optimal d3	168
one daily womens 50 plus	167	option-2	168
one natal rx	95	OPVEE	28

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

oral saline laxative	168	PADCEV	81
oralyte	168	pain and sleep	168
ORGOVYX	81	pain relief (acetaminophen)	168
orlistat	168	pain relief (aspirin-caffeine)	168
orquidea	40	pain relief (ibuprofen)	169
ORSERDU	81	pain relief adult	169
ortho df	168	pain relief cold and cough	169
oseltamivir	91	pain relief es (acetaminophen)	169
OSPHENA	40	pain relief pm	169
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN)	168	pain relief pm (w-aspirin)	169
OTULFI	48	pain relief pm rapid release	169
OVULATION TEST	168	pain reliever (acetam-aspirin)	169
oxacillin	64	pain reliever (acetaminophen)	169
oxacillin in dextrose(iso-osm)	64	pain reliever es(acetaminophn)	169
oxaliplatin	81	pain reliever plus	169
oxcarbazepine	67	pain reliever pm ex-strength	169
oxybutynin chloride	34, 35	pain-off	169
oxycodone	58	paliperidone	88
oxycodone-acetaminophen	59	pamidronate	27
oysco 500/d	168	panoxyl	169
oyster shell + d3	168	panoxyl (salicylic acid)	169
oyster shell calcium	168	PANRETIN	81
oyster shell calcium 500	168	pantoprazole	34
oyster shell calcium and mag	168	pantoprazole in 0.9% sod chlor	34
oyster shell calcium-vit d3	168	paraplatin	81
oystercal-d	168	paricalcitol	27
OZEMPIC	101	paroxetine hcl	70
P		PATADAY ONCE DAILY RELIEF	169
P AND S (SALICYLIC ACID)	168	PATADAY TWICE DAILY RELIEF	169
p-col rite	168	PAXLOVID	91
PACERONE	24	pazopanib	81
paclitaxel	81	PDG OVULATION CONFIRM TEST	169
paclitaxel protein-bound	81	pecgen dmx	169

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

pecgen pse	169	penicillin g sodium	64
pedi multivit no.194-iron sulf	169	penicillin v potassium	64
pedia d-vite	169	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	48
pedia iron	169	PENTACEL (PF)	48
PEDIA POLY-VITE WITH IRON	169	pentamidine	86
pedia tri-vite	169	pentoxifylline	24
pedia-lax stool softener	169	pep-t-med	170
PEDIACLEAR PD	169	PEPCID AC	170
PEDIALYTE	169	PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH	170
PEDIALYTE ADVANCED CARE	169	PEPCID COMPLETE	170
PEDIALYTE FREEZER POPS	169	PEPTO-BISMOL	170
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT	169	PEPTO-BISMOL MAX ST	170
PEDIALYTE SINGLES	169	PEPTO-BISMOL TO-GO	170
PEDIARIX (PF)	48	perampanel	67
pediatric d-vite	169	percogesic backache relief	170
pediatric electrolyte	169, 170	percogesic extra strength	170
pediatric enema	170	PERIKABIVEN	95
pediatric freezer pops	170	perindopril erbumine	24
pediatric multivitamin no.171	170	periogard	30
pediatric tri-vite	170	PERJETA	82
PEDVAX HIB (PF)	48	permethrin	32
peg 3350-electrolytes	34	perphenazine	88
peg-electrolyte soln	34	perphenazine-amitriptyline	70
PEGASYS	48	PERSA-GEL	170
PEMAZYRE	82	PETROLATUM, YELLOW (BULK)	170
pemetrexed	82	PETROLEUM JELLY	170
pemetrexed disodium	82	PETROLEUM JELLY, WHITE	170
PEMRYDI RTU	82	pfizerpen-g	64
PEN NEEDLE, DIABETIC	56	pharbecchlor	170
PENBRAYA (PF)	48	pharbedryl	170
penicillamine	95	pharbetol	170
penicillin g pot in dextrose	64	pharbinex-dm	170
penicillin g potassium	64	PHAZYME	170

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

phenazopyridine	170	pirfenidone	104
phendimetrazine tartrate	170	piroxicam	59
phenelzine	70	PLAN B ONE-STEP	171
phenobarbital	67	plantar wart remover	171
phentermine	170	PLASMA-LYTE 148	95
phenylephrine hcl	170	PLASMA-LYTE A	95
phenylephrine-dm-guaifenesin	170	PLENAMINE	96
PHENYTEK	67	pm pain relief	171
phenytoin	67	pnv no.95-ferrous fumarate-fa	171
phenytoin sodium	67	podofilox	32
phenytoin sodium extended	67	poison ivy dual action	171
philith	40	poison ivy treatment	171
phillips	170	POLIVY	82
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	170	polocaine	59
phillips' liqui-gels	170	polocaine-mpf	59
PHOS-NAK	171	poly bacitracin (zinc)	171
phosphate laxative	171	poly-iron	171
phosphorous supplement	171	poly-iron 150 forte	171
phytonadione (vitamin k1)	171	POLY-VI-SOL	171
PIFELTRO	92	poly-vita drops	171
pilocarpine hcl	30, 51	poly-vita with iron	171
pimecrolimus	32	polycin	51
pimozide	88	polyethylene glycol 3350	171
pimtrea (28)	40	polymyxin b sulf-trimethoprim	51
pinaway	171	polymyxin b sulfate	64
pink bismuth	171	polysaccharide iron complex	171
pink bismuth maximum strength	171	POLYSPORIN	171
pinrid	171	POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMIN)	171
pinworm treatment	171	POMALYST	82
pioglitazone	101	portia 28	40
pioglitazone-metformin	101	PORTRAZZA	82
piperacillin-tazobactam	64	posaconazole	72
PIQRAY	82	posture-d (with magnesium)	171

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

potassium acetate	96	pregabalin	29
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	96	PREGNANCY TEST	172
potassium chloride	96	PREMARIN	40
potassium chloride in 0.9%nacl	96	PREMASOL 10 %	96
potassium chloride in 5 % dex	96	PRENATA	96
potassium chloride in lr-d5	96	PRENATABS FA	96
potassium chloride in water	96	prenatal	172
potassium chloride-0.45 % nacl	96	prenatal + dha	172
potassium chloride-d5-0.2%nacl	96	prenatal 19	172
potassium chloride-d5-0.9%nacl	96	prenatal complete	172
potassium citrate	96, 171	prenatal formula	172
potassium gluconate	172	prenatal gummies	172
potassium, sodium phosphates	172	prenatal gummies (dha-epa)	172
POTELIGEO	82	prenatal gummies(zinc chelate)	172
powderlax	172	prenatal multi	172
pr natal 400	96	prenatal multi-dha (algal oil)	172
pr natal 400 ec	96	prenatal multi-dha(with vit k)	172
pr natal 430	96	prenatal multivitamins	172
pr natal 430 ec	96	prenatal one daily	172
pralatrexate	82	prenatal plus (calcium carb)	96
pramipexole	19	prenatal plus vitamin-mineral	96
pramoxine	172	prenatal tablet	172
prasugrel hcl	98	prenatal vit no.179-iron-folic	172
pravastatin	24	prenatal vit-iron fum-folic ac	172
praziquantel	86	prenatal vitamin	172
prazosin	24	prenatal vitamin plus low iron	172
pre-menstrual relief	172	prenatal vitamin with minerals	172
PREBIOTIC FIBER	172	prenatal with dha-folic acid	173
prednisolone	42	PRENATE ELITE	96
prednisolone acetate	52	PREPARATION H	173
prednisolone sodium phosphate	42, 43, 52	preparation h (pe)	173
prednisone	43	preparation h (witch hazel)	173
prednisone intensol	43	preparation h hydrocortisone	173

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL)	173	probiotic-digestive enzymes	173
PREPARATION H(PE,CB)	173	probizen	173
pres gen	173	procainamide	24
PRES GEN PEDIATRIC	173	prochlorperazine	71
PRESERVISION AREDS	173	prochlorperazine edisylate	71
presgen b	173	prochlorperazine maleate	71
pressure and pain pe	173	procto-med hc	32
pressure-pain pe plus cold	173	PROCTOFOAM	173
pressure-pain pe plus mucus	173	proctosol hc	32
prevalite	24	proctozone-hc	32
PREVYMIS	92	profola	173
PREZCOBIX	92	progesterone	40
PREZISTA	92	progesterone micronized	40
PRIFTIN	73	PROGRAF	48
primaquine	86	PROLIA	27
primidar	173	PROMACTA	98
primidone	67	PROMELLA	173
PRIMSOL	64	promethazine	71
PRIORIX (PF)	48	promethazine vc-codeine	173
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	56	promethazine-codeine	173
probenecid	18	promethazine-dm	174
probenecid-colchicine	18	promolaxin	174
probiotic	173	propafenone	24
probiotic acidophilus	173	proparacaine	52
probiotic acidophilus (4 strn)	173	propranolol	25
probiotic acidophilus beads	173	propranolol-hydrochlorothiazid	25
probiotic acidophilus-pectin	173	propylthiouracil	45
probiotic colon support	173	PROQUAD (PF)	48
probiotic complex	173	PROSOL 20 %	96
probiotic digest supp (6-strn)	173	protamine	56
probiotic digest(lacto,bifido)	173	protective ointment	174
probiotic digestive system sup	173	protriptyline	70
probiotic pearls	173	pseudoephedrine hcl	174

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

pseudoephedrine-guaifenesin	174	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	30
psoriasis	174	RALDESY	70
psoriasis medicated	174	raloxifene	40
psoriatar	174	ramipril	25
psyllium husk	174	ranolazine	25
psyllium husk (with sugar)	174	rapid clear treatment pads	174
PULMOZYME	104	rasagiline	19
pure and gentle (mineral oil)	174	READY-TO-USE ENEMA	174
pure and gentle (saline)	174	ready-to-use enema (min oil)	174
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	56	reclipsen (28)	40
purelax	174	RECOMBIVAX HB (PF)	48
purevit dualfe plus	174	rectasmoothe	174
PURIXAN	82	RECTICARE	174
pyrazinamide	73	redness relief	174
pyridostigmine bromide	18	redness reliever eye drops	174
pyridoxine (vitamin b6)	174	redness reliever lubricant	174
pyrilamine-dextromethorphan	174	redutemp	175
pyrimethamine	86	reese's pinworm medicine	175
Q		refenesen	175
QINLOCK	82	refenesen dm	175
QUADRACEL (PF)	48	refenesen pe	175
quetiapine	88, 89	regener-eyes pro	175
quinapril	25	reguloid (aspartame)	175
quinapril-hydrochlorothiazide	25	reguloid (psyllium husk)	175
quinidine sulfate	25	REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)	175
quinine sulfate	86	RELENZA DISKHALER	92
quintabs	174	remedy antifungal	175
quintabs-m iron free	174	remedy phytoplex antifungal	175
QULIPTA	18	rena-vite	175
R		rena-vite rx	175
RABAVERT (PF)	48	renal caps	175
rabeprazole	34	renal vitamin	175
RADICAVA ORS	30	renal-vite	175



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

renewal bath treatment	175	RINVOQ	48
reno caps	175	RINVOQ LQ	48
repaglinide	101	RISA-BID	175
REPATHA PUSHTRONEX	25	risacal-d	175
REPATHA SURECLICK	25	risaquad-2	175
REPATHA SYRINGE	25	risedronate	27
RESCON-GG	175	RISPERDAL CONSTA	89
RESPA-AR	175	risperidone	89
RETACRIT	98	ritonavir	92
retaine allergy	175	rivaroxaban	98
RETEVMO	82	rivastigmine	17
RETROVIR	92	rivastigmine tartrate	17
REVEAL GET PREGNANT QUICK	175	rizatriptan	18
REVEAL OVULATION PREDICTOR	175	robafen cf (phenylephrine)	176
REVEAL OVULATION TEST	175	robafen dm	176
REVEAL PREGNANCY TEST	175	robitussin cold-flu night (pe)	176
REVUFORJ	82	robitussin cough and cold cf	176
REXTOVY	28	robitussin cough-chest cong dm	176
REXULTI	89	robitussin cough-sore throat	176
REYATAZ	92	robitussin honey cgh-flu-sore	176
REZLIDHIA	82	robitussin honey max dm	176
RHOPHYLAC	48	robitussin long-acting	176
RHOPRESSA	52	robitussin max 12h cough-mucus	176
RIABNI	82	robitussin nighttime cough dm	176
ribavirin	92	robitussin sevr cough-cold-flu	176
riboflavin (vitamin b2)	175	ROCKLATAN	52
rid lice killing	175	roflumilast	104
rifabutin	73	romidepsin	82
rifampin	73	rompe pecho max multi symptoms	176
riluzole	30	ROMVIMZA	82
rimantadine	92	rondec-d	176
ringer's	56, 97	ropinirole	19
ringworm	175	ropivacaine (pf)	59

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

rosuvastatin	25	scalp relief	176
ROTARIX	49	scalp relief (hydrocortisone)	176
ROTATEQ VACCINE	49	scalpicin anti-itch	176
roweepra	67	SCSEMBLIX	83
ROZLYTREK	82	scooby-doo one a day	176
ru-hist d	176	scopolamine base	71
RUBRACA	82	SCOT-TUSSIN DM	176
rufinamide	67	SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	176
RUKOBIA	92	SCOT-TUSSIN SENIOR	176
RUXIENCE	82	SCYTERA	176
RYBELSUS	101	se-natal 19 chewable	97
RYBREVANT	82	se-tan plus	176
rycontuss	176	sebex	176
RYDAPT	83	SECUADO	89
rydex	176	secura antifungal extra thick	177
RYLAZE	83	secura protective	177
rynex dm	176	selegiline hcl	19
rynex pe	176	selenium sulfide	32
rynex pse	176	selsun blue	177
RYTARY	19	selsun blue (pyrithione zinc)	177
RYTELO	83	selsun blue (salicylic acid)	177
S		selsun blue 2-in-1	177
sacubitril-valsartan	25	selsun blue moisturizing	177
safe tussin dm	176	selsun blue naturals	177
SAFETUSSIN PM	176	SELZENTRY	92
sajazir	49	senexon-s	177
SANDIMMUNE	49	senior tabs	177
SANDOSTATIN LAR DEPOT	45	senna	177
SANTYL	32	senna lax	177
sapropterin	105	senna laxative	177
SARCLISA	83	senna leaf	177
saxagliptin	101	senna leaf extract	177
SAXENDA	176	senna plus	177

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

senna-s	177	simvastatin	25
senna-time s	177	sinus 12 hour	178
sennosides	177	sinus and allergy pe	178
sennosides-docusate sodium	177	sinus and cold-d	178
SENOKOT	177	sinus congestion and pain	178
SENOKOT-S	177	sinus congestion-pain (ibu-pe)	178
sentry	177	sinus congestion-pain(chlorph)	178
sentry senior	177	sinus congestion-pain(guaif)	178
sertraline	70	sinus daytime-nighttime	178
setlakin	40	sinus decongestant (pe)	178
severe allergy	177	sinus headache pe	178
severe allergy-sinus headache	177	sinus pain-pressure (pe)	178
severe cold	177	sinus pe decongestant	178
severe cold and flu (pe)	177	sinus pe pressure-pain-cold	178
severe cold and flu nighttime	177	sinus pressure-cong relief pe	178
severe cold and flu(day/night)	178	sinus relief (non-drowsy)	178
severe cold and flu-day (dm)	178	sinus relief max str day-night	178
severe cold multi-symptom	178	sinus relief pressure and pain	178
severe cold pe	178	sinus-headache day-night	178
severe congestion relief	178	sinutrol pe	178
severe cough-congestion	178	sirolimus	49
severe sinus	178	SIRTURO	73
shake that ache	178	skin protectant a and d	178
sharobel	40	skin protectant a-d (pet, lan)	178
SHINGRIX (PF)	49	skin protectant petrolatum	179
SIGNIFOR	45	skin success anti-acne	179
sildenafil (pulm.hypertension)	104	skin treatment	179
silodosin	35	skintegrity skin	179
silver sulfadiazine	32	SKLICE	179
SIMBRINZA	52	SKYRIZI	49
simethicone	178	slow release iron	179
simliya (28)	40	SLOW-MAG	179
simpesse	40	SMOFLIPID	97

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

smooth antacid	179	sotalol af	25
smooth texture fiber	179	spectravite adult	179
smoothlax	179	spectravite adult 50 plus	179
sodium bicarbonate	97, 179	spectravite adult 50 plus(lut)	179
sodium chloride	56, 97, 179	spectravite advanced formula	179
sodium chloride 0.45 %	97	spectravite men 50 plus	179
sodium chloride 0.9 %	97	spectravite men's	179
sodium chloride 3 % hypertonic	97	spectravite women	179
sodium chloride 5 % hypertonic	97	spectravite women 50 plus	180
sodium oxybate	52	SPIRIVA RESPIMAT	104
sodium phenylbutyrate	105	SPIRIVA WITH HANDIHALER	104
sodium phosphate	97	spironolacton-hydrochlorothiaz	25
sodium polystyrene sulfonate	97	spironolactone	25
sodium,potassium,mag sulfates	34	sprintec (28)	40
solarhist	179	SPRITAM	68
solifenacin	35	SPRYCEL	83
SOLQUA 100/33	101	SPS (WITH SORBITOL)	97
SOLTAMOX	83	sronyx	40
SOLU-MEDROL	43	SSD	32
SOLU-MEDROL (PF)	43	st joseph aspirin	180
soluble fiber	179	st. joseph aspirin	180
soluvita	179	stahist t	180
soluvita a,c,d with fluoride	179	stavudine	92
soluvita multivitamin fluoride	179	STELARA	49
SOMAVERT	45	sterile eye drops	180
soothe (bismuth subsalicylate)	179	stimulant laxative plus	180
soothe and cool skin paste	179	STIOLTO RESPIMAT	105
soothe regular strength	179	STIVARGA	83
soothing bath treatment	179	stomach relief	180
soothing pureway-c	179	stomach relief max strength	180
sorafenib	83	stomach relief original	180
sorbugen nr	179	stool softener	180
sotalol	25	stool softener (docusate cal)	180

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

stool softener-laxative	180	sulfamethoxazole-trimethoprim	65
stool softener-stimulant laxat	180	sulfasalazine	27
stop lice	180	SULFO-LO	181
strawberry c	180	sulindac	59
STRENSIQ	105	sumatriptan	18
streptomycin	64	sumatriptan succinate	18
stress b with zinc	180	sunitinib malate	83
stress b-complex	180	SUNLENCA	92
STRESS FORMULA	180	super b maxi complex	181
STRESS FORMULA WITH ZINC	180	SUPER B/C	181
STRIBILD	92	super calcium	181
STRIVERDI RESPIMAT	105	SUPER DAILY D3	181
subvenite	68	SUPER MULTIVITAMIN	181
subvenite starter (blue) kit	68	super probiotic	181
subvenite starter (green) kit	68	super quints	181
subvenite starter (orange) kit	68	super quints b-50	181
sucralfate	34	super thera vite m	181
SUDAFED	180	suphedrin	181
SUDAFED 12 HOUR	180	suphedrine	181
SUDAFED PE	180	suphedrine 12 hour	181
SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU	180	suphedrine pe cold and allergy	181
SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS	180	suphedrine pe sinus andallergy	181
sudafed pe head congestn-pain	180	suphedrine pe sinus headache	181
SUDAFED PE PRESSURE-PAIN	180	support	181
sudafed sinus 12hr pressr-pain	180	SUPPORT-500	181
sudogest	180	SUPRESS DX	181
sudogest 12-hour	180	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	56
sudogest cold and allergy	181	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	56
SUFLAVE	34	surebiotic	181
sulfacetamide sodium	52, 64	SURFAK	181
sulfacetamide sodium (acne)	65	SUTAB	34
sulfacetamide-prednisolone	52	swim ear	181
sulfadiazine	65	swimmer's instant ear dry	181

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

syeda	40	tazarotene	32
SYMBICORT	105	taztia xt	25
SYMPAZAN	68	TAZVERIK	83
SYMTUZA	92	TDVAX	49
SYNJARDY	102	TECENTRIQ	83
SYNJARDY XR	102	TECENTRIQ HYBREZA	83
SYNRIBO	83	tecnu rash relief	181
SYNTHROID	43	TECVAYLI	83
T		teeny tummy infant gas relief	181
tab-a-vite	181	TEFLARO	65
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON	181	telmisartan	25
TABLOID	83	telmisartan-amlodipine	25
TABRECTA	83	telmisartan-hydrochlorothiazid	25
tacrolimus	32, 49	temazepam	52
tadalafil	35	temsirolimus	83
tadalafil (pulm. hypertension)	105	TENIVAC (PF)	49
TAFINLAR	83	tenofovir disoproxil fumarate	92
TAGAMET HB	181	tension headache	182
TAGRISSO	83	tension headache pain reliever	182
TAKE ACTION	181	TEPMETKO	83
TALICIA	34	terazosin	25
TALVEY	83	terbinafine hcl	72, 182
TALZENNA	83	terconazole	72
tamoxifen	83	teriflunomide	30
tamsulosin	35	testosterone	41
TANDEM PLUS	181	testosterone cypionate	41
targeted acne spot treatment	181	testosterone enanthate	41
tarina 24 fe	40	tetrabenazine	30
tarina fe 1-20 eq (28)	40	TEVIMBRA	83
tarina fe 1/20 (28)	40	THALOMID	83, 84
taron forte	181	the magic bullet	182
TASIGNA	83	theophylline	105
tasimelteon	52	thera	182

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

thera antifungal	182	TINACTIN	182
thera tears sterilid	182	tinidazole	65
thera-d	182	tioconazole	183
THERA-M	182	tioconazole-1	183
thera-tabs	182	TIROSINT-SOL	44
thera-vite max-m	182	TIVDAK	84
THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY	182	TIVICAY	92
theraflu expressmax cold night	182	TIVICAY PD	92
theraflu expressmax sv cld-flu	182	tizanidine	17
theraflu svr cld rlf dy(pe-dm)	182	tm-daily vite	183
theraflu-d flu relief day	182	tobramycin	52
theragran-m premier 50 plus	182	tobramycin in 0.225 % nacl	65
theralogix companion	182	tobramycin sulfate	65
therapeutic dandruff shampoo	182	tobramycin-dexamethasone	52
therapeutic t plus	182	toe area treatment antifungal	183
therapeutic-m	182	tolcylen	183
theratrum complete 50 plus-lyc	182	tolnafi-al	183
theratrum complete 50 plus/lut	182	tolnaftate	183
theratrum complete with lutein	182	tolterodine	35
THEREMS MULTIVITAMIN	182	topiramate	68
thiamine hcl (vitamin b1)	182	topotecan	84
thiamine mononitrate (vit b1)	182	toremifene	84
thioridazine	89	torpenz	84
thiotepa	84	torsemide	25, 26
thiothixene	89	total allergy medicine	183
tiadylt er	25	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	102
tiagabine	68	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	102
TIBSOVO	84	TPN ELECTROLYTES	97
ticagrelor	98	TRADJENTA	102
TICOVAC	49	tramadol	59
tigecycline	65	trandolapril	26
tilia fe	41	trandolapril-verapamil	26
timolol maleate	25, 52	tranexamic acid	98

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

tranylcypromine	70	tri-vylibra	41
TRAVASOL 10 %	97	tri-vylibra lo	41
travel sickness	183	triacetin	183
travel-ease (meclizine)	183	triamcinolone acetonide	30, 43
travoprost	52	triamterene-hydrochlorothiazid	26
TRAZIMERA	84	tricon	183
trazodone	70	triderm	43
TRECATOR	73	trientine	97
TRELEGY ELLIPTA	105	trifluoperazine	89
TRELSTAR	45	trifluridine	52
TREMFYA	49	trigels-f forte	183
TREMFYA ONE-PRESS	49	trihexyphenidyl	19
TREMFYA PEN	49	TRIJARDY XR	102
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	49	TRIKAFTA	105
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	102	trimazole	183
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	102	trimethoprim	65
TRESIBA U-100 INSULIN	102	trimipramine	70
tretinoin	32	trinatal rx 1	97
tretinoin (antineoplastic)	84	TRINTELLIX	70
tri-buffered aspirin	183	tripenicol s	183
tri-estarylla	41	triphrocaps	183
tri-legest fe	41	TRIPLE ANTIBIOTIC	183
tri-linyah	41	triple antibiotic plus	183
tri-lo-estarylla	41	triple antibiotic spray	183
tri-lo-marzia	41	triple antibiotic-pain relief	183
tri-lo-mili	41	triple magnesium complex	183
tri-lo-sprintec	41	triple paste	183
tri-mili	41	triple paste af	183
tri-nymyo	41	triprolidine hcl	184
tri-sprintec (28)	41	TRISENOX	84
TRI-VI-SOL	183	TRISPEC DMX	184
tri-vitamin with fluoride	183	TRISPEC PSE	184
tri-vite with fluoride	183	tritolnacide s	184

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

TRIUMEQ	92	tucks (witch hazel)	184
TRIUMEQ PD	92	TUKYSA	84
trivora (28)	41	tulana	41
TRODELVY	84	TUMS	184
TROGARZO	92	tums dual action (famotidine)	184
TROJAN BARESKIN	184	TUMS E-X	184
TROJAN EXTENDED PLEASURE	184	TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	184
TROJAN MAGNUM CONDOMS	184	TUMS FRESHERS	184
TROJAN PLEASURE PACK	184	tums ultra	184
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM	184	tums-gas relief (calc-simeth)	184
TROJAN ULTRA THIN	184	TURALIO	84
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL	184	turqoz (28)	41
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS	184	tusicof	185
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS	184	tusnel diabetic	185
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS	184	tusnel dm	185
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS	184	tusnel dm pediatric(phenyleph)	185
TRONVITE	184	TUSNEL NEW FORMULA	185
TROPHAMINE 10 %	97	TUSNEL PEDIATRIC	185
tropium	35	tusnel-ex	185
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	56	tussi pres-b	185
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	56	tussi-pres	185
TRUE COVER CONDOM	184	TUSSI-PRES PEDIATRIC	185
true multivitamin	184	tussin	185
truelyte advanced hydration	184	tussin cf (pe-dm-guaif)	185
TRULICITY	102	tussin cf cough-cold	185
TRUMENBA	49	tussin cf max	185
TRUQAP	84	tussin cf max severe m-s cold	185
TRUSTEX LATEX CONDOM	184	tussin chest congestion	185
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	184	tussin cough-chest congestion	185
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	184	tussin dm	185
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	184	tussin dm clear	185
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	184	tussin dm cough and chest	185
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	184	tussin dm day-night	185

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

tussin dm max	185	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	56
tussin mucus-chest congestion	185	UNITHROID	44
tussin nighttime cough dm	185	UNITUXIN	84
tusslin	185	urea	186
TUXARIN ER	185	UREACIN-10	186
TWINRIX (PF)	49	UREACIN-20	186
TYBOST	92	urinary pain relief	186
TYLENOL	185	uristat ultra	186
TYLENOL 8 HOUR	185	uro-pain	186
TYLENOL ARTHRITIS PAIN	186	ursodiol	34
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE	186	V	
TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR	186	v-c forte	186
tylenol cold-flu multi-act day	186	valacyclovir	92
TYLENOL EXTRA STRENGTH	186	VALCHLOR	84
tylenol pm extra strength	186	valganciclovir	92, 93
TYLENOL SINUS HEADACHE	186	valihist	186
TYLENOL SINUS SEVERE	186	valproate sodium	68
TYMLOS	27	valproic acid	68
TYPHIM VI	49	valproic acid (as sodium salt)	68
tyr cooler	186	valrubicin	84
U		valsartan	26
UBRELVY	18	valsartan-hydrochlorothiazide	26
UDENYCA	98	VALSTAR	84
UDENYCA AUTOINJECTOR	98	VALTOCO	68
UDENYCA ONBODY	98	valtya	41
ULTILET ALCOHOL SWAB	56	VANACOF	186
ultra a-d	186	VANACOF DM	186
ultra mide 25	186	vancomycin	65
ultra pesticide free lice	186	vancomycin in 0.9 % sodium chl	65
ultra strength antacid	186	vancomycin in dextrose 5 %	65
ultra tuss safe	186	vancomycin-diluent combo no.1	65
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	56	VANFLYTA	84
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	56	vanicream hc	186



Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

vanicream z-bar	186	vigadrone	68
vanquish	186	VIGAFYDE	68
VAQTA (PF)	49	vigpoder	68
varenicline tartrate	28	vilazodone	70
VARIVAX (PF)	50	VIMKUNYA	50
VASCEPA	26	vinblastine	84
VASELINE	186	vincasar pfs	84
VAXCHORA VACCINE	50	vincristine	84
vcf contraceptive gel	186	vinorelbine	84
VECTIBIX	84	violele (28)	41
vegetable lax-stool softener	186	VIRACEPT	93
vegetable laxative	186	VIREAD	93
velivet triphasic regimen (28)	41	virt-caps	187
VEMLIDY	93	visine	187
VENCLEXTA	84	visine red eye hydrating cmfrt	187
VENCLEXTA STARTING PACK	84	vision	187
venlafaxine	70	vision formula (with lutein)	187
VENTOLIN HFA	105	vision formula(a-c-e-zn-se-cu)	187
verapamil	26	vision plus lutein	187
VERQUVO	26	vista gonio	187
VERSACLOZ	89	vit 3	187
verticalm	186	vit a palmitate-beta carotene	187
VERZENIO	84	vit a palmitate-vit c-vit d3	187
vestura (28)	41	vit b comp-folic-choline-inosi	187
vic-forte	187	vit c(ascorb.calcium)(mv-mins)	187
vicks dayquil cold-flu relief	187	vit c-echinacea purpurea xt	187
vicks dayquil severe cold-flu	187	vita-c	187
VICKS NYQUIL COLD AND FLU	187	VITACEL (WITH LUTEIN)	187
vicks nyquil cold/flu liquicap	187	vitafusion women's multi	187
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF	187	vitajoy adult multi	187
vicks nyquil severe cold-flu	187	vitajoy biotin	187
vienna	41	vitajoy daily c	187
vigabatrin	68	vitajoy daily d	187

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

vitalee	187	vitamin k2	189
vitalets	187	vitamin k2 (mk-4)	189
VITAMEDMD ONE RX	188	vitamins a,c,d and fluoride	189
vitamin a	188	vitamins a-d-e selenium	190
vitamin a acetate	188	vitamins b complex	190
vitamin a and d	188	vitasure	190
vitamin a and d diaper rash	188	VITRAKVI	85
vitamin a palmitate	188	VITRON-C	190
vitamin a palmitate-vitamin d2	188	vitrum 50 plus	190
vitamin b complex	188	VITRUM SENIOR	190
vitamin b complex-folic acid	188	vits a and d-white pet-lanolin	190
vitamin b-1	188	VIVITROL	28
vitamin b-1 (mononitrate)	188	VIVOTIF	50
vitamin b-12	188	VIZIMPRO	85
vitamin b-2	188	VOCABRIA	93
vitamin b-6	188	volnea (28)	41
vitamin b12-folic acid	188	VONJO	85
vitamin c	188	VORANIGO	85
vitamin c (ascorbate calcium)	188	voriconazole	72, 73
vitamin c drops	189	voriconazole-hpbcd	73
vitamin c fizzy drink	189	VOSEVI	93
vitamin c powder blend	189	vostriza-al	190
vitamin c with rose hips	189	VOWST	34
vitamin d2	189	VRAYLAR	89
vitamin d2-vitamin k1	189	VUMERITY	30
vitamin d3	189	vyfemla (28)	41
vitamin d3-vitamin k2	189	vylibra	41
vitamin e	189	VYLOY	85
vitamin e (dl, acetate)	189	VYNDAMAX	105
vitamin e acetate	189	VYVGART	18
vitamin e mixed	189	VYVGART HYTRULO	18
vitamin e succinate	189	VYXEOS	85
vitamin k	189	VYZULTA	52

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

W

wal-act d cold and allergy	190	wal-phed pe cold-cough	191
wal-dram	190	wal-phed pe day-night	191
wal-dram 2	190	wal-phed pe nighttime cold	191
wal-dryl (diphenhydramine)	190	wal-phed pe pressure+pain+cold	191
wal-dryl (diphenhydramine-zn)	190	wal-phed pe severe cold	191
wal-dryl allergy	190	wal-phed pe sinus and allergy	191
wal-dryl severe allergy-sinus	190	wal-phed pe sinus headache	191
wal-dryl-d allergy and sinus	190	wal-phed pe triple relief	191
wal-fex allergy	190	wal-profen	191
wal-fex d 12 hour	190	wal-profen cold-sinus	191
wal-fex d 24 hour	190	wal-profen d cold and sinus	191
wal-finate	190	wal-proxen	191
wal-finate-d	190	wal-sporin	191
wal-flu cold and sore throat	190	wal-tap	191
wal-flu day-night cold-cough	190	wal-tap dm	191
wal-flu night severe cold	190	wal-tussin	191
wal-flu night time	190	wal-tussin cough and cold cf	191
wal-flu severe cold and cough	190	wal-tussin dm	191
wal-flu severe cold-cough	190	wal-tussin dm clear	191
wal-itin	190	wal-zyr (cetirizine)	191
wal-itin d	190	wal-zyr (ketotifen)	191
wal-itin d 12 hour	191	wal-zyr d	192
wal-mucil fiber	191	walgreens dry skin treatment	192
wal-mucil fiber (aspartame)	191	warfarin	98, 99
wal-mucil fiber (sugar)	191	warrior a-relief rectal cream	192
wal-mucil natural fiber lax	191	wart remover	192
wal-mucil with calcium	191	water for irrigation, sterile	56
wal-nadol pm	191	WEBCOL	56
wal-phed	191	wee care	192
wal-phed 12 hour	191	weekly-d	192
wal-phed d	191	WEGOVY	192
wal-phed pe	191	WELIREG	105
		well lyte advanced hydration	192

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

wellfolia	192	xaquil xr	193
wellpro-31	192	xarah fe	41
wera (28)	41	XARELTO	99
wescaps	192	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	99
wesnatal dha complete	97	XATMEP	50
wesnate dha	97	xcellent a 3000	193
westab max	192	xcellent a 7500	193
westab one	192	XCOPRI	68
westab plus	97	XCOPRI MAINTENANCE PACK	68
westussin dm (dexchlorphenir)	192	XCOPRI TITRATION PACK	68
westussin dm nf	192	XDEMVY	56
wheat germ oil	192	xelria fe	41
white petrolatum	192	XGEVA	27
WHITE PETROLEUM JELLY	192	XIFAXAN	34
wixela inhub	105	XIGDUO XR	102
woman's laxative (bisacodyl)	192	XOLAIR	50
women's 50 plus advanced	192	XOSPATA	85
women's 50 plus daily formula	192	XPOVIO	85
women's 50 plus multivitamin	192	XTANDI	85
women's daily formula	192	xulane	41
women's daily pack	192	xvite	193
women's gentle laxative(bisac)	192	XYZAL	193
women's laxative (bisacodyl)	192	xyzbac	193
women's multivitamin	192	Y	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN	193	yelets	193
women's multivitamin gummies	193	YERVOY	85
women's one daily	193	YESINTEK	50
women's prenatal plus dha	193	YF-VAX (PF)	50
womens daily gummies	193	yogurt plus calcium gummies	193
wymzya fe	41	YONDELIS	85
X		Z	
x-seb t pearl	193	Z-BUM	193
XALKORI	85	zaditor	193

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

zafemy	42	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	27
zafirlukast	105	zoledronic acid	27
zaleplon	52	zoledronic acid-mannitol-water	27
ZALTRAP	85	ZOLINZA	85
ZANOSAR	85	zolpidem	52
zantac-360 (famotidine)	193	ZONISADE	68
zarah	42	zonisamide	69
ZARXIO	99	ZORYVE	32
zeasorb af	193	zovia 1-35 (28)	42
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	102	ZTALMY	69
ZEGALOGUE SYRINGE	102	ZUBSOLV	28
ZEJULA	85	zumandimine (28)	42
ZELAC	193	ZURNAI	28
ZELBORAF	85	ZURZUVAE	70
zeldana	193	ZYDELIG	86
ZEMAIRA	105, 106	ZYKADIA	86
zenatane	32	zyncof	193
zenoptiq gel	193	ZYNLONTA	86
zenoptiq spray	193	ZYNYZ	86
ZENPEP	106	ZYPITAMAG	26
ZEPBOUND	193	ZYPREXA RELPREVV	89
zephrex-d	193	zyrtec	194
ZEPZELCA	85	ZYRTEC-D	194
ZERVIAE	52	zyvit	194
ZEVALIN (Y-90)	56		
zidovudine	93		
ZIIHERA	85		
zinc oxide	193		
zinc with vitamins a and c	193		
ziprasidone hcl	89		
ziprasidone mesylate	89		
ZIRABEV	85		
ZIRGAN	93		

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 12/01/2025.

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 1-877-320-1235 (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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 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 1-877-320-1235（听障专线：711）。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese 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 1-877-320-1235（聽障專線：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: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-877-320-1235 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-877-320-1235 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-877-320-1235 (TTY: 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بخططنا الصحية أو خطة الأدوية الموصوفة لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-877-320-1235 (TTY: 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal ouwa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-877-320-1235 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

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 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康保険と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をご用意しています。通訳をご用命になるには、1-877-320-1235 (TTY : 711) にお電話ください。日本語を話す者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Amharic: ስለ ጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዶችን በተመለከተ ማንኛውም ያላችሁን ጥያቄዎች ለመመለስ ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎቶች አሉን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ በ 1-877-320-1235 (TTY:- 711) ይደውሉልን። እንግሊዝኛ የሚናገር ሰው ሊረዳዎት ይችላል። ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Bengali: আমরা বিনামূল্যে একজন অনুবাদকের পরিষেবা প্রদান করি, যিনি আপনার স্বাস্থ্য ও ড্রাগ প্ল্যান সংক্রান্ত যেকোনো প্রশ্ন থাকলে তার উত্তর দেবেন। অনুবাদকের প্রয়োজন হলে অনুগ্রহ করে আমাদের 1-877-320-1235 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন। বাংলা জানেন এমন একজন ব্যক্তি আপনার সাহায্য করবেন। এই পরিষেবাটি বিনামূল্যে উপলভ্য।

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाका बारेमा तपाईंसँग हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग निःशुल्क दोभाषे सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न, हामीलाई 1-877-320-1235 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस्।

Farsi: ما خدمات مترجم رایگان جهت پاسخگویی به هر سؤالی که ممکن است شما در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید داریم. به منظور دریافت مترجم، فقط از طریق شماره (TTY: 711) 1-877-320-1235 با ما تماس بگیرید. فردی که زبان انگلیسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این سرویس رایگان است.

Dari: جهت پاسخگویی به هر سوال که ممکن شما در مورد پلان صحت و ادویه جات ما داشته باشید ما برای ترجمانی خدمات رایگان داریم. به منظور دریافت ترجمان، فقط ذریعه این نمبر ذکر شده 1-877-320-1235 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. شخصی که انگلیسی صحبت میکند میتواند همراهی شما کمک کند. این یک خدمت رایگان میباشد.

Bassa: Dì gwèè bàhièl màhōp inyùu holā wè i tìmbhè màmbadgà mɔŋ ma mā bènge mboo yîŋ nì i bɛɛ ù nlama yîŋ. Inyùu kòsnà hièl màhōp, sèbel ndigi bɛs i nòmbà 1-877-320-1235 (TTY: 711). Mùt wàdā nū ā pot ŋgisi ā nlà hola wê. Bā ñsaa bee maholā mā.

Igbo: Anyị nwere ọrụ ntugharị okwu efu iji zaa ajụjụ ọ bụla gị nwere ike ịnwe gbasara atumatụ ahụike ma ọ bụ ọgwụ anyị. Icho ịnweta onye ntugharị okwu, naanị kpọọ anyị na 1-877-320-1235 (TTY: 711). Onye na-asụ asụsụ Bekee nwere ike ịnyere gị aka. Nkea bụ ọrụ efu.

Telugu: మా ఆరోగ్యం లేదా డ్రగ్ ప్లాన్ గురించి మీకు ఏవైనా సందేహాలు ఉంటే వాటికి సమాధానమివ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి, 1-877-320-1235 (TTY: 711) వద్ద మాకు కాల్ చేయండి. ఇంగ్లీష్ మాట్లాడే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సేవ.

Urdu: ہمارے صحت یا ادویات کے پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مترجم کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ مترجم کی خدمات لینے کے لیے، بس ہمیں کال کریں 1-877-320-1235 (TTY: 711)۔ انگریزی بولنے والا کوئی شخص آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Yoruba: A ní àwọn ịṣẹ ìtọ́jú ògbifò lófèfẹ́ láti dáhùn àwọn ibéèrè yòówù tí o lè ní nípa ètò ìlera tàbí oògùn wa. Láti gba ògbifò kan, sá pè wá ní 1-877-320-1235 (TTY: 711). Ènìkan tí ó nsò èdè Gẹ̀ẹ̀sì lè ràn ọ lọwọ́. Ịṣẹ ìtọ́jú ọfẹ́ kan nìyí.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Este formulario fue actualizado el 12/01/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctese a Atención al Cliente al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. Nuestro sistema de teléfono automatizado está disponible después del horario laboral, los fines de semana, y en días festivos o visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

H2875-001

Humana®



Medicare and Medicaid Working Together