

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 09/02/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contácte 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](http://es-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.....	194

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

## 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](http://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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

## 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 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](http://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](http://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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

- 
- 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

---

#### **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](http://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 envíemos 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

---

## **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 muéstrelle 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

---

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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

## 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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

---

**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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



## **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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



---

## **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](http://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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



---

## **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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



---

## **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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



## 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 Antimigraniosos". 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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.



**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
entacapone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
RYTARY 23.75-95 MG, 48.75-195 MG CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	ST,QL(360 cada 30 días)
RYTARY 36.25-145 MG CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	ST,QL(270 cada 30 días)
RYTARY 61.25-245 MG CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	ST,QL(300 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
selegiline hcl 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR <sup>MO</sup>	1	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el corazón</b>		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	
adenosine 3 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
adenosine 3 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
amiodarone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
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 <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
colestipol 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	1	
colestipol 5 gram GRANULES <sup>MO</sup>	1	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET <sup>MO</sup>	1	
CORLOPAM 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
enalaprilat 1.25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine in 5 % dextrose (pf) 4 mg/ml (0.4 %), 8 mg/ml (0.8 %) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lisinopril 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
metyrosine 250 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
MULTAQ 400 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nebivolol 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
NEXTERONE 150 MG/100 ML (1.5 MG/ML), 360 MG/200 ML (1.8 MG/ML) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
niacin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
niacor 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nimodipine 30 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(2838 cada 28 días)
nisoldipine 17 mg, 20 mg, 34 mg, 40 mg, 8.5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
nisoldipine 25.5 mg, 30 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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. <sup>MO</sup>	1	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	
norepinephrine bitartrate 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
olmesartan 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipine-hctizid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
pacerone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
prevalite 4 gram POWDER <sup>MO</sup>	1	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
spironolactone 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
torsemide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
torsemide 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
valsartan 160 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <sup>MO</sup>	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. <sup>MO</sup>	1	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
verapamil 2.5 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3 cada 90 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	PA,QL(100 cada 365 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO</b>		
balsalazide 750 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>	1	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>	1	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(2 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(2 cada 30 días)
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas</b>		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dexamphetamine sulfate 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(150 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46) CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
dimethyl fumarate 240 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
riluzole 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tetrabenazine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERTY 231 MG CAPSULE, DR/EC <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedades que involucran la boca y los dientes</b>		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH <sup>MO</sup>	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH <sup>MO</sup>	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel</b>		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	PA
adapalene 0.3 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP <sup>MO</sup>	1	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
ammonium lactate 12 % LOTION <sup>MO</sup>	1	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
azelaic acid 15 % GEL <sup>MO</sup>	1	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM <sup>MO</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
clindamycin phosphate 1 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB <sup>MO</sup>	1	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(45 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clobetasol 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL <sup>MO</sup>	1	PA
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL <sup>MO</sup>	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL <sup>MO</sup>	1	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
fluorouracil 5 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL <sup>DL</sup>	1	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET <sup>MO</sup>	1	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lindane 1 % SHAMPOO <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION <sup>MO</sup>	1	
mometasone 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
permethrin 5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
pimecrolimus 1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT <sup>MO</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
SSD 1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 % GEL <sup>MO</sup>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades estomacales e intestinales</b>		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dexlansoprazole 30 mg, 60 mg CAPSULE, DR, BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dicyclomine 10 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dicyclomine 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
methscopolamine 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1,680 mg, 40-1,680 mg PACKET <sup>DL</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
omeprazole-sodium bicarbonate 20-1.1 mg-gram, 40-1.1 mg-gram CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sucralfate 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	1	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET <sup>MO</sup>	1	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	
ursodiol 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ursodiol 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ursodiol 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
VOWST CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
<b>AGENTES GENITOURINARIOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como problemas de vejiga o próstata</b>		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride 0.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP <sup>MO</sup>	1	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
solifenacina 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
trospium 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) - Medicamentos utilizados para los desequilibrios de hormonas sexuales</b>		
abigale 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
apri 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
camila 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <sup>MO</sup>	1	QL(8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <sup>MO</sup>	1	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethynodiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT <sup>MO</sup>	1	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	1	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
errin 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
estarrylla 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(4 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <sup>MO</sup>	1	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
estradiol 10 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	1	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	
gallifrey 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
jencycla 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
l norgest/e.estriadiol-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 <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	1	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	1	
levonorgestrel-ethynodiol estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg, 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
levonorgestrel-ethynodiol estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <sup>MO</sup>	1	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <sup>MO</sup>	1	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lyleq 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
meleya 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
mili 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT <sup>DL</sup>	1	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nora-be 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NORA-BE 0.35 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	1	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
norethindrone acetate 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET <sup>MO</sup>	1	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ocella 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
orquidea 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
OSPHENA 60 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <sup>MO</sup>	1	
progesterone 50 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	1	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
raloxifene 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	1	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
syeda 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	1	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <sup>MO</sup>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	1	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	1	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-lo-estarrylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	1	
tulana 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
valtya 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
vienna 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	1	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	1	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	1	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	1	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar bajos niveles de hormonas pituitarias</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
desmopressin 0.2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
EGRIFTA WR 11.6 MG KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1 cada 28 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <sup>DL</sup>	1	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)</b>		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION <sup>MO</sup>	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para el reemplazo de la hormona tiroidea</b>		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)</b>		
cabergoline 0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT <sup>MO</sup>	1	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	1	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	1	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	PA
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para tratar una tiroides hiperactiva</b>		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
propylthiouracil 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades del sistema inmune y vacunas</b>		
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
azathioprine 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	PA
ENVARSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL (18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
IPOV 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
JYLVAMVO 2 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT <sup>DL</sup>	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <sup>MO</sup>	1	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
RHOPHYLAC 1,500 UNIT (300 MCG)/2 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
ROTAQUE VACCINE 2 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(16.8 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	1	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,MO</sup>	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC <sup>AV,MO</sup>	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1.5 cada 84 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
<b>AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren los ojos</b>		
ALCAINE 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	ST
apraclonidine 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
atropine 1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	1	
azelastine 0.05 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
betaxolol 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
brimonidine 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	ST
brimonidine 0.2 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
carteolol 1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
dorzolamide 2 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
gatifloxacin 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(10 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
latanoprost 0.005 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL <sup>MO</sup>	1	
LUMIGAN 0.01 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
moxifloxacin 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1% OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
ofloxacin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
olopatadine 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
olopatadine 0.2 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
proparacaine 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS <sup>MO</sup>	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <sup>MO</sup>	1	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <sup>MO</sup>	1	
timolol maleate 0.25 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tobramycin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
travoprost 0.004 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
VYZULTA 0.024 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(2.5 cada 25 días)
ZERVIATE 0.24 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES - Medicamentos utilizados para estabilizar el estado de ánimo</b>		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades del sueño</b>		
BELSOMRA 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
acetic acid 0.25 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	1	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
butalbital-acetaminop-caf-cod 50-325-40-30 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CEQUR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE <sup>MO</sup>	1	
CEQUR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS <sup>MO</sup>	1	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	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 1/4", 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", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	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 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
flumazenil 0.1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
lactated ringers SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
mifepristone 300 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD <sup>MO</sup>	1	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
protamine 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ringer's SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ULITLET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
water for irrigation, sterile SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
XDEMVY 0.25 % DROPS <sup>MO</sup>	1	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT <sup>DL</sup>	1	PA
<b>ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor</b>		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
diclofenac potassium 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 1 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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. <sup>DL</sup>	1	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate 200 mcg LOZENGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
ibuprofen 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	
ketorolac 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(20 cada 30 días)
lurbipro 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
meloxicam 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(480 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
naproxen 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1800 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>DL</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
<b>ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local</b>		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR <sup>MO</sup>	1	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine viscous 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
<b>ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad</b>		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
buspirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>DL</sup>	1	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
clonazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
diazepam 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	1	QL(150 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias</b>		
acetic acid 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 875 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ampicillin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET <sup>MO</sup>	1	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
azithromycin 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
cefadroxil 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
cefdinir 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
cefepime in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
cefixime 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ceftriaxone in dextrose, iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
cephalexin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
CLEOCIN 100 MG SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
clindamycin phosphate 2 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
DIFICID 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
fidaxomicin 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
gentamicin 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
gentamicin 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
HUMATIN 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levofloxacin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
methenamine hippurate 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	1	
metronidazole 0.75 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
metronidazole 0.75 % LOTION <sup>MO</sup>	1	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL <sup>MO</sup>	1	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP <sup>MO</sup>	1	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
monodoxine nl 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
moxifloxacin 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>DL</sup>	1	
neomycin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pfiberpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
PRIMSON 50 MG/5 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	1	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
trimethoprim 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <sup>MO</sup>	1	
vancomycin 125 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
<b>ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones</b>		
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
carbamazepine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT <sup>DL</sup>	1	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <sup>MO</sup>	1	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
epitol 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(480 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE <sup>MO</sup>	1	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM <sup>DL</sup>	1	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>DL</sup>	1	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR <sup>MO</sup>	1	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
roweepra 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE <sup>MO</sup>	1	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
valproic acid 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1080 cada 30 días)
<b>ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión</b>		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amitriptyline 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
FMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
fluoxetine 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
MARPLAN 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
mirtazapine 45 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
phenelzine 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
sertraline 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trazodone 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(14 cada 365 días)
<b>ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito</b>		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
meclizine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ondansetron hcl 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
promethazine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY <sup>MO</sup>	1	QL(10 cada 30 días)
<b>ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ciclodan 8 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
clotrimazole 1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
clotrimazole 10 mg TROCHE <sup>MO</sup>	1	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
fluconazole 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
itraconazole 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	1	PA
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK <sup>DL</sup>	1	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>DL</sup>	1	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	1	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM <sup>MO</sup>	1	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	1	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
nystatin 500,000 unit TABLET <sup>MO</sup>	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <sup>MO</sup>	1	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
nystop 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	1	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <sup>DL</sup>	1	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <sup>MO</sup>	1	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	1	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcד 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
<b>ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar algunas infecciones, como la tuberculosis</b>		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
PRIFTIN 150 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
pyrazinamide 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
rifabutin 150 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA
TRECATOR 250 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer</b>		
abiraterone 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK <sup>DL</sup>	1	PA,QL(66 cada 28 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
BALVERSA 3 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
bexarotene 1 % GEL <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BICNU 100 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
BIZENGR 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(75 cada 28 días)
bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
COTELLIC 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
DAURISMO 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
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 <sup>MO</sup>	1	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
EMRELIS 100 MG, 20 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
EULEXIN 125 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
exemestane 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
flouxuridine 0.5 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA
GRAFAPEX 1 GRAM, 5 GRAM RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
HERNEXEOS 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
imatinib 100 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ITOVEBI 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
IVRA 90 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
IWLIFIN 192 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
IXEMPRIA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
letrozole 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
LEUKERAN 2 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	PA
LEVULAN 20 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
LORBRENA 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
LYNOZYFIC 2 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
mercaptopurine 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
mesna 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MESNEX 400 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
MODEYSO 125 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
NERLYNX 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NIPENT 10 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
NUBEQA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION <sup>DL</sup>	1	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL <sup>DL</sup>	1	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
pazopanib 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
QINLOCK 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
sorafenib 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
TABLOID 40 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
TIBSOVO 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
toremifene 60 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VALSTAR 40 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VENCLEXTA 50 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	1	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
XALKORI 150 MG PELLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZIIHERA 300 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(20 cada 28 días)
<b>ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias</b>		
albendazole 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
COARTEM 20-120 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
mefloquine 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
nitazoxanide 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
praziquantel 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET <sup>MO</sup>	1	
pyrimethamine 25 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(42 cada 7 días)
<b>ANTIPSICÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades psicológicas y del estado de ánimo</b>		
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)

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	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)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
quetiapine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>MO</sup>	1	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	1	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus</b>		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
acyclovir 5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
adefovir 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
APTVUS 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
CIMDUO 300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-rilpivirine-tenof df 200-25-300 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
maraviroc 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nevirapine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	
ribavirin 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ribavirin 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
rimantadine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ritonavir 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(10 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	1	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
TYBOST 150 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
valganciclovir 450 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP <sup>MO</sup>	1	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL <sup>MO</sup>	1	QL(5 cada 30 días)
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar las deficiencias de vitaminas</b>		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	1	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE <sup>DL</sup>	1	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULEIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	1	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA
deferasirox 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
klor-con 10 10 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	1	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	1	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	1	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levocarnitine 330 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <sup>MO</sup>	1	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
NUTRILIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
penicillamine 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	1	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	1	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	1	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	1	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
SMOFLIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	1	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER <sup>MO</sup>	1	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES</b>		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <sup>MO</sup>	1	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clopidogrel 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clopidogrel 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	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 <sup>MO</sup>	1	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 <sup>MO</sup>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
warfarin 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	1	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(11.2 cada 30 días)
<b>REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE - Medicamentos utilizados para controlar los niveles de azúcar en la sangre</b>		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
glimepiride 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glipizide 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN 500 UNIT/ML SOLUTION, <sup>DL</sup>	1	
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN, <sup>DL</sup>	1	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
liraglutide 0.6 mg/0.1 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	1	PA,QL(9 cada 30 días)
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <sup>MO</sup>	1	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
TRADJENTA 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <sup>MO</sup>	1	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
carisoprodol 350 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES</b>		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <sup>DLLA</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(32.1 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	1	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP <sup>MO</sup>	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	1	BvsD
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	1	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	1	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	1	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	1	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	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. <sup>MO</sup>	1	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <sup>MO</sup>	1	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	1	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	1	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE <sup>DL,LA</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pirfenidone 267 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	1	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	1	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	1	QL(36 cada 30 días)
wixela inhulb 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
<b>TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
betaine 1 gram/scoop POWDER <sup>DL</sup>	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/FC <sup>MO</sup>	1	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER <sup>DL</sup>	1	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	1	PA,QL(30 cada 30 días)
WELIREG 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	1	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
<b>(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D</b>		
1-day 6.5 % OINTMENT <sup>DL</sup>	1	
12 hour decongestant 120 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
12 hour nasal decongest (pse) 120 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
24hour allergy 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	
24hr allergy relief 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
24hr allergy-congestion relief 180-240 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	1	
3-day vaginal 2 % CREAM <sup>DL</sup>	1	
50 plus adult eye health 250-5-1 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	1	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	1	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	1	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT <sup>DL</sup>	1	
a thru z 18-500-300-250 mg-mcg-mcg-mcg TABLET <sup>DL</sup>	1	
a thru z advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET <sup>DL</sup>	1	
a thru z high potency TABLET <sup>MO</sup>	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 robitussin 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 tussin dm 10-100 mg/5 mL SYRUP	1	
adult wal-tussin 100 mg/5 mL LIQUID	1	
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-PF-DM) 2-7.5-15 MG/5 mL LIQUID	1	
ALAVER 10 MG TABLET, DISINTEGRATING	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	1	
allergy relief multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	1	
allergy relief(chlorpheniramine) 4 mg TABLET	1	
allergy relief(diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	1	
allergy relief(diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	1	
allergy relief(diphenhydramine) 25 mg CHEWABLE TABLET	1	
allergy relief(diphenhydramine) 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	
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(fexofenadine) 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	
anecream5 5 % 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	1	
antacid ext (ca carb-mag hyd) 675-135 mg CHEWABLE TABLET	1	
antacid ext (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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aphen 325 mg TABLET	1	
aprodine 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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 TABLETER	1	
b-100 complex 100 mg TABLETER	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's pain-fever relief 160 mg 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	
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	
child's 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
diphedryl 12.5 mg/5 mL LIQUID	1	
diphedryl 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dok 100 mg TABLET	1	
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMN) 500-1 MG TABLET	1	
DOLOGESIC-DF 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	
driminate 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	1	
extra strength bayer 500 mg TABLET	1	
exraprin 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 irritation (with povidone) 0.05-0.5-0.6 % DROPS	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	
fabb 2.2-25-1 mg TABLET	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
flevoxin 1,000-50-50 mg TABLET ER	1	
flexitol 25 % CREAM	1	
flintstones complete (iron) CHEWABLE TABLET	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	
folaprime 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	1	
folbee 2.5-25-1 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
folbee plus 5 mg, 5-1.5-25 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
GAVISCON 95-358 MG/15 ML SUSPENSION	1	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160-105 MG CHEWABLE TABLET	1	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
quaifed (guaifenesin) 100 mg/5 ml LIQUID	1	
quaifed-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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hemocyte 324 mg (106 mg iron) TABLET	1	
HEMOCYTE-F 324 MG (106 MG IRON)-1 MG TABLET	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	
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, 9 mg iron-400 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
hylavite 1 mg TABLET	1	
i-prin 200 mg TABLET	1	
I-VITE 300 MCG-200 MG-2 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ifex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	1	
igaltuss 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-SYMPOTM 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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-f125-1-40-3 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	
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	
kaopectate (bismuth subsalicy) 262 mg/15 ml SUSPENSION	1	
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM) 240 MG CAPSULE	1	
kaopectate 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
LITTLE ANIMALS 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
Imefol ca-acetyl-meb12-algal 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	1	
LMX 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	
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 (CLOTTRIMAZOLE) 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	
lumitene 30 mg CAPSULE	1	
lycopene 10 mg CAPSULE	1	
lysiplex plus LIQUID	1	
m-dryl 12.5 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mapap (acetaminophen) 500 mg/15 ml LIQUID	1	
mapap arthritis pain 650 mg TABLET ER	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	
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 corn removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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(pamabry-pyrril) 500-25-15 mg TABLET	1	
MEPHYTON 5 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	
methyltetrahydrofolate glucos 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 vitacrvaves 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 vitacrvaves 200 mcg CHEWABLE TABLET	1	
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 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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OVULATION TEST KIT	1	
cysco 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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-FLOR 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE CHEWABLE TABLET	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(DEXBROMPHENIRMN) 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
risaqquad-2 16 billion cell CAPSULE	1	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
secura antifungal 2 % CREAM	1	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
stresstabs energy 120 mg-400 mcg- 62.5 mg 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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
suphedrine pe cold and allergy 4-10 mg TABLET	1	
suphedrine pe sinus andallergy 4-10 mg TABLET	1	
suphedrine pe sinus headache 5-325 mg TABLET	1	
support LIQUID	1	
SUPPORT-500 CAPSULE	1	
SUPPRESS 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	
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 M PLUS (FERROUS FUMARAT) 9 MG IRON-400 MCG TABLET	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
therems-m 9 mg iron-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	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
TUZISTRA XR 14.7-2.8 MG/5 ML SUSPENSION, ER 12 HR.	1	
TYLENOL 325 MG TABLET	1	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	1	
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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
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	
votriz-a 1 % LOTION	1	
vp-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	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	

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



## 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 .....	105
12 hour decongestant .....	105
12 hour nasal decongest (pse) .....	105
2-in-1 laxative .....	105
24hour allergy .....	105
24hr allergy relief .....	105
24hr allergy-congestion relief .....	105
3-day vaginal .....	105
50 plus adult eye health .....	105
8 hour pain reliever .....	105
8hr muscle aches-pain .....	105
<b>A</b>	
a and d (lanolin-petrolatum) .....	105
a thru z .....	105
a thru z advanced formula .....	105
a thru z high potency .....	105
a thru z men's ultimate .....	105
a thru z select .....	105
a thru z select 50plus formula .....	105
a thru z select women's .....	105
A-25 (VIT A PALMITATE) .....	105
abacavir .....	89
abacavir-lamivudine .....	89
abanatuss ped .....	105
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 .....	106
abc plus .....	106
ABELCET .....	71
abigale .....	35
abigale lo .....	35
ABILIFY ASIMTUFII .....	85
ABILIFY MAINTENA .....	86
abiraterone .....	73
abirtega .....	73
abreva .....	106
ABRYSVO (PF) .....	45
acamprosate .....	27
acarbose .....	98
accutane .....	30
acebutolol .....	19
acerola c .....	106
acerola c-500 .....	106
acetaminophen .....	106
acetaminophen extra strength .....	106
acetaminophen pain relief .....	106
acetaminophen pm .....	106
acetaminophen pm extra str .....	106
acetaminophen-codeine .....	56
acetazolamide .....	19
acetic acid .....	52, 60
acetylcysteine .....	52, 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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



acid controller .....	106	actinel .....	107
acid controller complete .....	106	actinel dm .....	107
acid gone antacid .....	106	actinel pediatric .....	107
acid gone antacid e.strength .....	106	acyclovir .....	89
acid reducer (cimetidine) .....	106	acyclovir sodium .....	89
acid reducer (famotidine) .....	106	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) .....	45
acid reducer complete (famot) .....	106	ADALIMUMAB-ADAZ .....	45
acid reducer-antacid .....	106	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, 107
acidophilus probiotic blend .....	107	ADCETRIS .....	73
acidophilus-pectin .....	107	addaprin .....	107
acidophilus-pectin, citrus .....	107	adefovir .....	89
acitretin .....	30	ADEMPAS .....	102
acne cleanser .....	107	adenosine .....	19
acne cleansing bar .....	107	ADRIAMYCIN .....	73
acne control (salicylic acid) .....	107	ADSTILADRIN .....	52
acne control(benzoyl peroxide) .....	107	adult 50 plus eye health .....	107
acne foaming wash .....	107	adult aspirin regimen .....	107
ACNE MEDICATION .....	107	adult low dose aspirin .....	108
acne pads .....	107	adult multivitamin (w-lutein) .....	108
acne treatment (benzoyl perox) .....	107	adult multivitamin gummies .....	108
acne wash .....	107	adult one daily gummies .....	108
acne-clear .....	107	adult robitussin peak cold m-s .....	108
acnomel .....	107	adult tussin cf .....	108
ACTHIB (PF) .....	45	adult tussin chest congestion .....	108
ACTICON (DEXBROMPH-PSE) .....	107	adult tussin cough congest dm .....	108
actidogesic .....	107	adult tussin dm .....	108
actidogesic-df .....	107	adult wal-tussin .....	108
actidom da .....	107	adult wal-tussin dm max .....	108
actidom dmx .....	107	adults 50 plus .....	108
ACTIMMUNE .....	45	adults multivitamin .....	108

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



ADVAIR DISKUS .....	102	ALCOHOL PREP PADS .....	52
ADVAIR HFA .....	102	ALCOHOL SWABS .....	52
advanced acne spot treatment .....	108	ALCOHOL WIPES .....	52
advanced antacid-antigas .....	108	ALECENSA .....	73
advanced exfoliating cleanser .....	108	alendronate .....	26
advanced healing (petrolatum) .....	108	aler-cap .....	109
advanced probiotic .....	108	ALEVE .....	109
ADVIL .....	108	ALEVE COLD AND SINUS .....	109
ADVIL DUAL ACTION .....	108	ALEVE SINUS AND HEADACHE .....	109
ADVIL JUNIOR STRENGTH .....	108	ALEVE-D SINUS AND COLD .....	109
ADVIL LIQUI-GEL .....	108	ALEVE-D SINUS AND HEADACHE .....	109
ADVIL LIQUI-GELS MINIS .....	108	alfuzosin .....	34
ADVIL MIGRAINE .....	108	ALIQOPA .....	73
ADVIL PM .....	108	aliskiren .....	19
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN .....	108	alka-seltzer heartburn chew .....	109
afirmelle .....	35	ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS .....	109
after pill .....	108	ALKA-SELTZER ORIGINAL .....	109
AFTERA .....	108	ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE) .....	109
AIMSCO LATEX CONDOM .....	108	ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM) .....	109
air-power .....	108	alka-seltzer plus day .....	109
AIRSUPRA .....	102	alka-seltzer plus mucus-conges .....	109
AKEEGA .....	73	alka-seltzer plus sinus-cough .....	109
ala-hist ir .....	108	alka-seltzer severe cold .....	109
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM) .....	108	alkums .....	109
ALAVERT .....	108	all day allergy (cetirizine) .....	109
alavert d-12 allergy-sinus .....	109	all day allergy-d .....	109
ALAWAY .....	109	all day cold and sinus .....	109
alba-lybe .....	109	all day pain relief .....	109
albendazole .....	85	all day pain relief sinus,cold .....	109
albuterol sulfate .....	102	all day relief .....	109
alcaftadine .....	109	all-nite cold-flu .....	109
ALCAINE .....	50	ALLEGRA ALLERGY .....	109
ALCOHOL PADS .....	52	ALLEGRA HIVES .....	109

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



ALLEGRA-D 12 HOUR .....	109	allergy relief-d (loratadine) .....	111
ALLEGRA-D 24 HOUR .....	110	allergy relief-d(fexofenadine) .....	111
ALLER-CHLOR .....	110	allergy sinus pe .....	111
aller-ease .....	110	allergy sinus-d .....	111
aller-fex .....	110	allergy-congest relief-d(fexo) .....	111
aller-g-time .....	110	allergy-congestion relief-d .....	111
aller-tec .....	110	allergy-time .....	111
aller-tec d .....	110	allopurinol .....	17
allerclear .....	110	almacone-2 .....	111
allerclear d-12hr .....	110	alophen (bisacodyl) .....	111
allerclear d-24hr .....	110	alosetron .....	32
allergy .....	110	ALPHAGAN P .....	50
allergy (chlorpheniramine) .....	110	alprazolam .....	59
allergy (diphenhydramine) .....	110	altachlore .....	111
allergy and congestion relief .....	110	altavera (28) .....	35
allergy and sinus relief .....	110	altazine .....	111
allergy d-12 .....	110	altipres .....	111
allergy eye (ketotifen) .....	110	altipres pediatric .....	111
allergy eye (naphazoline-phen) .....	110	altipres-b .....	111
allergy medication .....	110	alum-mag hydroxide-simeth .....	111
allergy medicine .....	110	aluminum hydroxide gel .....	111
allergy multi-symptom .....	110	ALUNBRIG .....	73
allergy relief (cetirizine) .....	110	alyacen 1/35 (28) .....	35
allergy relief (fexofenadine) .....	110	alyacen 7/7/7 (28) .....	35
allergy relief (levocetirizin) .....	110	alyq .....	102
allergy relief (loratadine) .....	110	amabelz .....	35
allergy relief d-24hr .....	110	amantadine hcl .....	18
allergy relief d12 .....	111	ambrisentan .....	102
allergy relief multi-symptom .....	111	amerigel .....	111
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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

amiloride-hydrochlorothiazide .....	19	antacid anti-gas (ca carb-sim) .....	112
aminofen .....	111	antacid calcium .....	112
aminophylline .....	102	antacid exst (ca carb-mag hyd) .....	112
AMINOSYN II 10 % .....	92	antacid exst (mag carb-al hyd) .....	112
amiodarone .....	19	antacid ext str (calcium carb) .....	112
amitriptyline .....	68	antacid extra-strength .....	112
amlactin .....	111	antacid liquid .....	112
amladex .....	111	antacid m .....	112
amlodipine .....	19	antacid maximum strength .....	112
amlodipine-atorvastatin .....	19	antacid multi-symptom .....	112
amlodipine-benazepril .....	20	antacid plus anti-gas .....	112
amlodipine-olmesartan .....	20	antacid regular strength .....	112
amlodipine-valsartan .....	20	antacid ultra strength .....	112
ammonium lactate .....	30, 111	antacid-antigas .....	112
amnesteem .....	30	anti-dandruff .....	112
amoxapine .....	68	anti-dandruff with menthol .....	112
amoxicillin .....	60	anti-diarrheal .....	112
amoxicillin-pot clavulanate .....	60	anti-diarrheal (lope)-anti-gas .....	112
amphotericin b .....	71	anti-diarrheal (loperamide) .....	112
amphotericin b liposome .....	71	anti-gas ultra strength .....	112
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 .....	111	anti-nausea .....	113
animal chews .....	112	antibiotic (bacitracin zinc) .....	113
ANKTIVA .....	73	antibiotic (neomy-bacit-polym) .....	113
antacid .....	112	antibiotic plus (pramoxine) .....	113
antacid (calcium carb-mag hyd) .....	112	antibiotic plus pain rel(pram) .....	113
antacid (calcium carbonate) .....	112	antibiotic-pain relief (bacit) .....	113
antacid and pain relief .....	112	antifungal .....	113
antacid anti-gas .....	112	antifungal (clotrimazole) .....	113

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

antifungal (miconazole) .....	113	ARISTADA INITIO .....	86
antifungal (terbinafine) .....	113	ARMOUR THYROID .....	43
antifungal (tolnaftate) .....	113	ARNUITY ELLIPTA .....	102
antifungal extra thick .....	113	ARRANON .....	73
antifungal ringworm .....	113	arsenic trioxide .....	73
antifungal spray .....	113	arthritis pain relief (acetam) .....	114
antitussive dm .....	113	arthritis pain reliever .....	114
ap-hist dm .....	113	ascorbate calcium (vitamin c) .....	114
APATATE FORTE .....	113	ascorbate calcium-bioflavonoid .....	114
APETEX .....	113	ascorbic acid (vitamin c) .....	114
APETIGEN .....	113	ascorbic acid-ascorbate sodium .....	114
aphen .....	114	ascorbic acid-bioflavonoids .....	114
apractolinidine .....	50	ascorbic acid-zinc oxide .....	114
aprepitant .....	70	asenapine maleate .....	86
apri .....	35	ashlyna .....	35
aprodone .....	114	ASPARLAS .....	73
APTIOM .....	65	aspirin .....	114
APTIVUS .....	89	aspirin childrens .....	114
aqua care .....	114	aspirin,buffd-calcium carb-mag .....	114
aquagard .....	114	aspirin-dipyridamole .....	97
aquanil hc .....	114	ASTEPRO ALLERGY .....	115
aquaphor baby diaper rash .....	114	atazanavir .....	89
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) .....	45	athlete's foot (tolnaftate) .....	115
arformoterol .....	102	athletic foot cream .....	115
ARIKAYCE .....	60	atomoxetine .....	28
ariPIPRAZOLE .....	86	atorvastatin .....	20
ARISTADA .....	86	atovaquone .....	85

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



atovaquone-proguanil .....	85	azelastine .....	50, 102,
atropine .....	50	.....	115
ATROPINE SULFATE (PF) .....	50	azithromycin.....	60
ATROVENT HFA .....	102	AZO URINARY PAIN RELIEF .....	115
aubra .....	35	azolen .....	115
aubra eq .....	35	aztreonam .....	60
AUGTYRO .....	73	azurette (28) .....	35
auro dri swimmers' ear .....	115		<b>B</b>
aurovela 1.5/30 (21) .....	35	B ACTIV .....	115
aurovela 1/20 (21) .....	35	b complex .....	115
aurovela 24 fe .....	35	b complex 1 (with folic acid) .....	115
aurovela fe 1-20 (28) .....	35	b complex 100 .....	115
aurovela fe 1.5/30 (28) .....	35	b complex plus vitamin c .....	115
AUSTEDO .....	28	b complex w-vit c .....	115
AUSTEDO XR .....	28	b complex-vitamin b12 .....	115
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	28	b complex-vitamin c .....	115
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE .....	52	b complex-vitamin c-folic acid .....	115
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS .....	52	b-100 complex .....	115
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS .....	52	b-12 dots .....	115
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	53	b-12 plus .....	115
AUVELITY .....	68	b-50 complex with inositol .....	115
AUVI-Q .....	102	b-complex .....	115
AVEENO BABY .....	115	b-complex plus b-12 .....	115
AVEENO MOISTURIZING .....	115	b-complex plus vit c (calcium) .....	116
aveeno soothing bath .....	115	b-complex with b-12 .....	116
aviane .....	35	b-complex with vitamin c .....	116
AVMAPKI-FAKZYNJA .....	73	b-right .....	116
AXTLE .....	73	b-sure .....	116
ayuna .....	35	b12 .....	116
AYVAKIT .....	73	B12 ACTIVE .....	116
azacitidine .....	73	b12-methyltetrahydrofolate-b6 .....	116
azathioprine .....	45	baby ddrops .....	116
azelaic acid .....	30	baby skin protectant (pet) .....	116

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

baby vitamin d3 .....	116	bayer plus extra strength .....	117
baby's super daily d3 .....	116	baza antifungal .....	117
bacitracin .....	50, 60, 116	baza protect (zinc oxide) .....	117
bacitracin zinc .....	116	BC ARTHRITIS .....	117
bacitracin-polymyxin b .....	50	BCG VACCINE, LIVE (PF) .....	45
bacitraycin plus .....	116	BD ALCOHOL SWABS .....	53
back and body pain reliever .....	116	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	53
backache relief extra strength .....	116	BD ECLIPSE LUER-LOK .....	53
baclofen .....	17	BD INSULIN SYRINGE .....	53
bal-care dha .....	92	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) .....	53
balamine dm (chlor-pe) .....	116	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE .....	53
balance b-100 (folic acid) .....	116	BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	53
balance b-50 (with folic acid) .....	116	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....	53
balanced b-100 .....	116	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV .....	53
balanced b-100 complex .....	116	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	53
balanced b-50 .....	116	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE .....	53
balanced b-50 complex (folic) .....	116	BD SAFETYGLIDE SYRINGE .....	53
balmex adult care .....	116	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....	53
balmex complete protection .....	116	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....	53
balsalazide .....	27	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....	53
BALVERSA .....	73	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE .....	53
balziva (28) .....	35	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....	53
ban-acid .....	116	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....	53
BAND-AID GAUZE PADS .....	53	BD VEO INSULIN SYRINGE UF .....	53
banophen .....	116	BELEODAQ .....	73
banophen anti-itch .....	117	BELSOMRA .....	52
BAQSIMI .....	98	BENADRYL .....	117
BARACLUDE .....	89	BENADRYL ALLERGY .....	117
BAVENCIO .....	73	benadryl extra strength .....	117
bayer advanced .....	117	benazepril .....	20
bayer aspirin .....	117	benazepril-hydrochlorothiazide .....	20
BAYER CHEWABLE ASPIRIN .....	117	bendamustine .....	73
bayer low dose aspirin .....	117	benfotiamine .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

BENLYSTA .....	45	BIO-D-MULSION FORTE .....	117
benzepro .....	117	bio-dtuss dmx .....	117
benzonatate .....	117	bio-rytuss .....	117
benzoyl peroxide .....	117	BIOCEL (WITH LUTEIN) .....	117
benzphetamine .....	117	biocotron .....	117
benztropine .....	18	biodesp dm .....	118
BESPONSA .....	73	bionel .....	118
BESREMI .....	45	biopetit .....	118
best fiber .....	117	biotect plus .....	118
beta carotene .....	117	biotin .....	118
beta med .....	117	BIOTRUE HYDRATION BOOST .....	118
beta-hc .....	117	biozen .....	118
BETADINE OPHTHALMIC PREP .....	50	bisacodyl .....	118
betaine .....	104	bismuth .....	118
betamethasone acet,sod phos .....	42	bismuth subsalicylate .....	118
betamethasone dipropionate .....	30	bisoprolol fumarate .....	20
betamethasone valerate .....	30	bisoprolol-hydrochlorothiazide .....	20
betamethasone, augmented .....	30	BIZENGRI .....	74
betasal .....	117	black-draught lax-senna .....	118
BETASERON .....	28	bleomycin .....	74
betatemp .....	117	blis-to-sol (tolnaftate) .....	118
betaxolol .....	50	blisovi 24 fe .....	35
bethanechol chloride .....	34	blisovi fe 1.5/30 (28) .....	35
bexarotene .....	73	blisovi fe 1/20 (28) .....	35
BEXZERO .....	45	bone density calcium plus d .....	118
bicalutamide .....	73	bonine .....	118
bicarsim forte .....	117	BOOSTRIX TDAP .....	45
BICILLIN C-R .....	60	BORDERED GAUZE .....	53
BICILLIN L-A .....	60	BORTEZOMIB .....	74
BICNU .....	74	BOSULIF .....	74
BIKTARVY .....	89	BOUDREAUXS BUTT PASTE .....	118
BILAC .....	117	bp wash .....	118
BIO-D-MULSION .....	117	bpo .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



BRAFTOVI .....	74	c-1000 .....	118
brantussin dm .....	118	c-1000 with rose hips .....	118
BREO ELLIPTA .....	102	c-500 .....	119
BREZTRI AEROSPHERE .....	102	c-lax laxative (bisacodyl) .....	119
briellyn .....	35	c-nate dha .....	92
BRILINTA .....	97	ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor .....	119
brimonidine .....	50	CABENUVA .....	89
BRIVIACT .....	65	cabergoline .....	43
brohist d .....	118	CABOMETYX .....	74
bromfed dm .....	118	cal mag zinc plus d3 .....	119
bromocriptine .....	18	cal-citrate .....	119
bronchial asthma relief .....	118	cal-gest antacid .....	119
brontuss sf .....	118	calaclear .....	119
BRUKINSA .....	74	calagesic .....	119
budesonide .....	27, 102	calahist .....	119
bufferin .....	118	calahist clear .....	119
bumetanide .....	20	calahist with pramoxine .....	119
bupivacaine (pf) .....	58	calamine clear .....	119
bupivacaine hcl .....	58	calamine medicated .....	119
buprenorphine .....	56	calamine plus (pramox-calamin) .....	119
buprenorphine hcl .....	27	calc carb-mag ox-d3-zinc gluc .....	119
buprenorphine-naloxone .....	27	calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan .....	119
bupropion hcl .....	68, 69	calcidol .....	119
bupropion hcl (smoking deter) .....	27	calcipotriene .....	30
buspirone .....	59	calcitonin (salmon) .....	26
busulfan .....	74	calcitriol .....	26
BUSULFEX .....	74	calcium 26-vit d3-magnesium 15 .....	119
butalbital-acetaminop-caf-cod .....	53	calcium 500 .....	119
butalbital-acetaminophen-caff .....	53	calcium 500 + d .....	119
butenafine .....	118	calcium 500 with d .....	119
		calcium 600 .....	119
C			
c 1000-bioflavonoids-rose hips .....	118	calcium 600 + d(3) .....	119
c complex .....	118	calcium 600 + minerals .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

calcium 600 with vitamin d3 .....	120	calcium plus menaq7 senior .....	121
calcium 600-d3 plus (mag-zinc) .....	120	calcium with boron .....	121
calcium acetate .....	120	calcium with vitamin d .....	121
calcium amino acid chelate .....	120	calcium-d3-zinc-copper-mangan .....	121
calcium antacid .....	120	calcium-folic acid-vitamin d .....	121
calcium carb, citrate, malate .....	120	calcium-magnesium .....	122
calcium carb, citrate-vit d3 .....	120	calcium-magnesium-copper-zinc .....	122
calcium carb,cit,mal-magnesium .....	120	calcium-magnesium-vit d3-boron .....	122
calcium carb-d3-mag cmb11-zinc .....	120	calcium-magnesium-zinc .....	122
calcium carb-d3-mag ox-zinc ox .....	120	calcium-vitamin d3-vitamin k .....	122
calcium carb-mag ox-zinc gluc .....	120	caldyphen .....	122
calcium carb-mag ox-zinc sulf .....	120	caldyphen clear .....	122
calcium carbonate .....	120	caldyphen clear(pram-cmphr-zn) .....	122
calcium carbonate-simethicone .....	120	CALICYLIC .....	122
calcium carbonate-vit d3-min .....	120	callus remover .....	122
calcium carbonate-vitamin d3 .....	120, 121	callus removers .....	122
calcium chloride .....	92	CALPHRON .....	122
calcium cit-mag aspart,oxid-d3 .....	121	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	74
calcium citrate .....	121	CALTRATE WITH VITAMIN D3 .....	122
calcium citrate + d .....	121	CALTRATE-D3 PLUS MINERALS .....	122
calcium citrate malate-vit d3 .....	121	camila .....	35
calcium citrate plus .....	121	camrese .....	36
calcium citrate plus (vit b6) .....	121	camrese lo .....	36
calcium citrate-vitamin d3 .....	121	candesartan .....	20
calcium for women .....	121	candesartan-hydrochlorothiazid .....	20
calcium gluconate .....	92, 121	CAPLYTA .....	86
calcium lactate .....	121	CAPRELSA .....	74
calcium magnesium plus d .....	121	CAPRON DM .....	122
calcium no.38-d3-mag-boron .....	121	captopril .....	20
calcium phos-d3-magnesium-zinc .....	121	captopril-hydrochlorothiazide .....	20
calcium phosphate .....	121	carbamazepine .....	65
calcium phosphate-vitamin d3 .....	121	carbidopa-levodopa .....	18, 19
calcium plus menaq7 adult .....	121	carbidopa-levodopa-entacapone .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

carboplatin .....	74	celecoxib .....	56
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	53	central-vite .....	122
carglumic acid .....	92	central-vite women's mature .....	122
carisoprodol .....	102	centratex .....	122
carmustine .....	74	centravites .....	122
carteolol .....	50	centravites 50 plus .....	122
cartia xt .....	20	centravites adults .....	122
CARTIVISC .....	122	centrum .....	122
carvedilol .....	20	CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY .....	122
cascara sagrada .....	122	centrum adult 50 plus .....	122
caspofungin .....	71	centrum complete .....	122
castor oil .....	122	CENTRUM MEN .....	122
CAYSTON .....	103	centrum multigummies men .....	123
cefaclor .....	60	centrum multigummies women .....	123
cefadroxil .....	60	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 .....	123
cefoxitin in dextrose, iso-osm .....	61	century men .....	123
cefipodoxime .....	61	century men 50 plus .....	123
cefprozil .....	61	century women .....	123
ceftazidime .....	61	century women 50 plus .....	123
ceftriaxone .....	61	cenvite .....	123
ceftriaxone in dextrose,iso-os .....	61	cephalexin .....	61
cefuroxime axetil .....	61	CEQUR SIMPLICITY .....	54
cefuroxime sodium .....	61	CEQUR SIMPLICITY INSERTER .....	54
celebrate b-12 quick-melt .....	122	cerave psoriasis .....	123

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



CEREFOLIN .....	123	child dimetapp cough-allergy .....	124
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS .....	123	child dometuss-da .....	124
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL) .....	123	child fever reducer-pain relvr .....	124
CEROVITE SENIOR .....	123	child giltuss allergy plus(dm) .....	124
certa plus .....	123	CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH .....	124
certavite senior .....	123	CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT .....	124
certavite-antioxidant .....	123	child mucus relief cough .....	124
cetaphil eczema restoraderm .....	123	child mucus relief expectorant .....	124
cetiri-d .....	123	child multi-symptom cold-fever .....	124
cetirizine .....	103, 123	child multivitamin plus iron .....	124
cetirizine-pseudoephedrine .....	123	child pain rel-fever reducer .....	124
chateal eq (28) .....	36	child plus cough and runny nose .....	124
CHEMET .....	92	child probiotic digest-immune .....	124
CHEST CONGESTION RELIEF .....	123	child wal-tap cold-allergy .....	124
chest congestion relief dm .....	123, 124	child's all day allergy(cetir) .....	124
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 rlef(cetirizine) .....	124	children's acetaminophen .....	125
child allergy relief (diphen) .....	124	CHILDREN'S ADVIL .....	125
child benadryl plus congestion .....	124	CHILDREN'S ALAWAY .....	125
child chest congestion-cough .....	124	CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY .....	125
child chewable vitamn complete .....	124	children's aller-tec .....	125
child cold-cough day-night .....	124	children's allergy (diphenhyd) .....	125
child complete multivitamin .....	124	children's allergy relief(fex) .....	125
child cough and sore throat .....	124	children's allergy relief(lor) .....	125
child cough-chest congest dm .....	124	children's allergy(cetirizine) .....	125
child cough-cold (bromphen-dm) .....	124	children's antacid .....	125
child delsym cough-chest dm .....	124	children's aspirin .....	125
CHILD DELSYM COUGH-COLD .....	124	CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY .....	125

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

children's benadryl allergy .....	125	children's multivitamin .....	126
children's cetirizine .....	125	children's multivitamin gummy .....	126
children's chest congestion .....	125	children's multivitamin-immune .....	126
children's chew multivitamin .....	125	children's non-aspirin .....	126
children's chewable complete .....	125	children's pain relief .....	126
children's chewable multivitmn .....	125	children's pain reliever .....	126
children's chewables .....	125	children's pain-fever relief .....	127
children's chewables extra c .....	125	children's pepto .....	127
CHILDREN'S CLARITIN .....	125, 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 .....	127
children's cough .....	126	children's tylenol .....	127
children's cough-cold relief .....	126	CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU .....	127
children's dibromm cold-allerg .....	126	children's wal-dryl allergy .....	127
children's dibromm dm cold-cou .....	126	children's wal-fex .....	127
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH .....	126	children's wal-zyr .....	127
children's easy-melts .....	126	CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY .....	127
children's fever reducing .....	126	childrens chewable probiotic .....	127
children's flu relief .....	126	childrens fiber gummy bear .....	127
children's giltuss cough-chest .....	126	CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD .....	127
children's ibuprofen .....	126	childrens giltuss ex .....	127
children's loratadine .....	126	childrens plus cold .....	127
children's m-s cold day-night .....	126	childrens plus multi-symp cold .....	127
children's mapap .....	126	child's triacting cold-cough .....	127
CHILDREN'S MOTRIN .....	126	chld robitussin cough-chest dm .....	127
children's motrin jr strength .....	126	chld robitussin night cough dm .....	127
children's mucinex cough .....	126	chloramphenicol sod succinate .....	61
children's multi-symptom cold .....	126	chlorhexidine gluconate .....	30
children's multi-vit gummies .....	126	chlorhist .....	127
children's multivit (w lutein) .....	126	chloroquine phosphate .....	85

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

chlorothiazide sodium .....	20	clarithromycin .....	62
chlorpheniramine maleate .....	127, 128	CLARITIN .....	128
chlorpromazine .....	86	CLARITIN REDITABS .....	128
chlortabs .....	128	CLARITIN-D 12 HOUR .....	128
chlorthalidone .....	20	claritin-d 24 hour .....	129
chocolate laxative .....	128	clear anti-itch .....	129
cholecalciferol (vitamin d3) .....	128	clear away .....	129
cholestyramine (with sugar) .....	20	clear fiber .....	129
cholestyramine light .....	20, 21	clearasil daily clear(benzoyl) .....	129
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN .....	41	clearasil rapid rescue (salic) .....	129
cyclodan .....	71	clearasil stubborn acne .....	129
ciclopirox .....	71	clearasil ultra .....	129
cidatrine (glucosamine) .....	128	CLEARBLUE DIGITAL OVULATION .....	129
cidofovir .....	89	CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST .....	129
cilostazol .....	97	CLEARBLUE EASY OVULATION .....	129
CIMDUO .....	89	CLEARBLUE EASY OVULATION TEST .....	129
cimetidine .....	32, 128	CLEARBLUE FERTILITY MONITOR .....	129
cimetidine hcl .....	32	CLEARBLUE FERTILITY STICKS .....	129
cinacalcet .....	26	CLEARBLUE PREGNANCY TEST .....	129
ciprofloxacin hcl .....	50, 61	clearcanal earwax softener .....	129
ciprofloxacin in 5 % dextrose .....	62	clearlax .....	129
cisplatin .....	74	CLEOCIN .....	62
citalopram .....	69	clindamycin hcl .....	62
citracal + d maximum .....	128	clindamycin in 0.9 % sod chlor .....	62
citracal regular .....	128	clindamycin in 5 % dextrose .....	62
CITRACAL-D3 GUMMIES .....	128	clindamycin palmitate hcl .....	62
CITRACAL-D3 PETITES .....	128	clindamycin pediatric .....	62
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE .....	128	clindamycin phosphate .....	30, 62
citrate of magnesia .....	128	clindamycin-benzoyl peroxide .....	30
CITROMA .....	128	clinere ear wax removal .....	129
citrucel .....	128	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....	93
cladribine .....	74	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....	93
claravis .....	30	CLINIMIX 5%-D20W(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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....	93	COBENFY STARTER PACK .....	54
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....	93	cocoa butter petroleum .....	129
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) .....	93	cod liver oil .....	129
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) .....	93	codeine-guaifenesin .....	129
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE .....	93	coditussin ac .....	129
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE .....	93	col-rite .....	129
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE .....	93	cola (syrup) .....	129
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE .....	93	COLACE .....	129
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE .....	93	COLACE 2-IN-1 .....	129
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE .....	93	colchicine .....	17
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE .....	93	cold and cough elixir .....	130
CLINISOL SF 15 % .....	93	cold and flu hbp .....	130
CLINOLIPID .....	93	cold and flu relief plus (d/n) .....	130
clobazam .....	65	cold and flu relief(diphen-pe) .....	130
clobetasol .....	31	cold and flu severe .....	130
clobetasol-emollient .....	31	cold and sinus pain relief .....	130
clofarabine .....	74	cold head congest(gg-pe-acetm) .....	130
CLOALAR .....	74	cold head congestion day/nite .....	130
clomipramine .....	69	cold head congestion daytime .....	130
clonazepam .....	59	cold head congestion nighttime .....	130
clonidine .....	21	cold head congestion sever day .....	130
clonidine hcl .....	21	cold max day-night .....	130
clopidogrel .....	97	cold max daytime .....	130
clorazepate dipotassium .....	59	cold multi-symptom .....	130
clotrimazole .....	71, 129	cold multi-symptom (chlorphen) .....	130
clotrimazole 3 day .....	129	cold multi-symptom day/night .....	130
clotrimazole af .....	129	cold multi-symptom nighttime .....	130
clotrimazole-3 .....	129	cold relief .....	130
clotrimazole-7 .....	129	cold relief m/s day/night .....	130
clotrimazole-betamethasone .....	71	cold relief plus .....	130
clozapine .....	86	cold-cough sinus relief pe .....	130
COARTEM .....	85	cold-flu m-symptom day-night .....	130
COBENFY .....	54	cold-flu relief .....	130

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



cold-flu-sore throat .....	130	contac cold-flu night .....	131
cold-sinus relief .....	130	COPAXONE .....	28
cold-sinus relief (ibuprofen) .....	130	COPIKTRA .....	74
colestipol .....	21	coral calcium .....	131
colistin (colistimethate na) .....	62	coricidin hbp chest cong-cough .....	131
COLUMVI .....	74	coricidin hbp cold and flu .....	131
COMBIGAN .....	50	coricidin hbp cold-multi sympt .....	131
COMBIPATCH .....	36	CORICIDIN HBP COUGH AND COLD .....	131
COMBIVENT RESPIMAT .....	103	CORLOPAM .....	21
COMETRIQ .....	74	corn remover .....	131
comfort gel .....	130	corn-callus remover .....	131
comfort gel extra strength .....	130	cortisone (hydrocortisone) .....	131
COMPLERA .....	89	cortisone cooling .....	131
complete .....	130	cortisone with aloe .....	131
complete allergy .....	130	cortizone-10 .....	131, 132
complete allergy medicine .....	130	cortizone-10 feminine itch .....	132
complete lice treatment .....	131	cortizone-10 with aloe .....	132
complete multivitamin-mineral .....	131	corvita .....	132
complete mv adult 50 plus .....	131	corvita 150 .....	132
complete natal dha .....	93	CORVITE .....	132
completenate .....	131	cosaminds .....	132
complex b-100 .....	131	COSENTYX .....	45, 46
compound w .....	131	COSENTYX (2 SYRINGES) .....	46
compound w dual power 2-in-1 .....	131	COSENTYX PEN .....	46
compound w gel kit .....	131	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	46
compro .....	70	COSENTYX UNOREADY PEN .....	46
condrolite .....	131	COSMEGEN .....	74
conex .....	131	COTELLIC .....	74
conex pediatric .....	131	cough and cold (chlorphen-dm) .....	132
congest-eze pe .....	131	cough and cold mucus relief cf .....	132
congestion relief (ibuprof-pe) .....	131	cough and severe cold .....	132
constulose .....	32	cough syrup .....	132
contac cold-flu day .....	131	cough syrup dm .....	132

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



cough-chest congestion dm .....	132	d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchl .....	93
cough-cold relief hbp .....	132	d5 % and 0.9 % sodium chloride .....	93
cough-sore throat night .....	132	d5 %-0.45 % sodium chloride .....	93
creamy acne face .....	132	dabigatran etexilate .....	97
CREON .....	104	dacarbazine .....	75
critic-aid clear af(miconazol) .....	132	dactinomycin .....	75
cromolyn .....	50, 103	daily acne wash .....	133
cryselle (28) .....	36	daily face wash .....	133
curad petroleum jelly .....	132	daily fiber .....	133
curae .....	132	daily fiber (psyllium-aspart) .....	133
CURITY ALCOHOL SWABS .....	54	daily fiber (psyllium-sucrose) .....	133
CURITY GAUZE .....	54	daily gummies .....	133
cyanocobalamin (vitamin b-12) .....	132, 133	daily multi-vitamin .....	133
cyanocobalamin-cobamamide .....	133	daily multiple for women .....	133
cyanocobalamin-methylcobalamin .....	133	daily multivitamin .....	133
cyclobenzaprine .....	102	daily multivitamin with iron .....	133
cyclophosphamide .....	74, 75	daily multivitamin-minerals .....	133
cyclosporine .....	46, 50	daily probiotic .....	133
cyclosporine modified .....	46	daily probiotic (b.infantis) .....	133
CYRAMZA .....	75	daily value .....	133
cyred .....	36	daily vitamin formula .....	133
cyred eq .....	36	daily vitamin formula-iron .....	133
CYSTAGON .....	104	daily vitamin formula-minerals .....	133
CYSTARAN .....	50	DAILY VITAMIN WITH IRON .....	133
cytarabine .....	75	DAILY VITES/IRON .....	133
cytarabine (pf) .....	75	DAILY-VITE .....	133
		DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) .....	133
d-vi-sol .....	133	dalfampridine .....	28
d10 %-0.45 % sodium chloride .....	93	danazol .....	36
d2.5 %-0.45 % sodium chloride .....	93	dandruff shampoo (pyrithione) .....	133
d3 dots .....	133	dandruff shampoo (selen-aloe) .....	133
d3-2000 .....	133	dandruff shampoo (selenium) .....	133
d3-5000 .....	133	dandruff shampoo/conditioner .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

dantrolene .....	17	daytime-nighttime cough .....	134
DANYELZA .....	75	ddrops .....	134
DANZITEN .....	75	deblitane .....	36
dapsone .....	72	DEBROX .....	134
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....	46	debrox kids .....	134
daptomycin .....	62	debrox swimmer's ear .....	134
daptomycin in 0.9 % sod chlor .....	62	decara .....	134
darifenacin .....	34	decitabine .....	75
darunavir .....	89	deferasirox .....	93
DARZALEX .....	75	dekas essential .....	134
DARZALEX FASPRO .....	75	DELSTRIGO .....	89
dasatinib .....	75	delsym cough-chest congest dm .....	134
dasetta 1/35 (28) .....	36	DELSYM COUGH-SORE THROAT .....	134
dasetta 7/7/7 (28) .....	36	delta d3 .....	134
DATROWAY .....	75	DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN) .....	134
daunorubicin .....	75	DENGVAXIA (PF) .....	46
DAURISMO .....	75	DEPLIN (ALGAL OIL) .....	134
day multi-symp flu-severe cold .....	134	deplin fc .....	134
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	dermacinx atrix .....	135
daylogic acne foaming wash .....	134	dermacinx lacterol .....	135
daylogic acne treatment .....	134	dermacinx probinate .....	135
daylogic advanced healing .....	134	dermacinx probisol .....	135
daysee .....	36	dermacinx probitran .....	135
daytime cold and cough .....	134	dermacinx probitrol .....	135
daytime cold-flu .....	134	dermacinx promerol .....	135
daytime cold-flu relief (pe) .....	134	dermafungal .....	135
daytime max cold-flu .....	134	DERMAPHOR .....	135
daytime-cold nighttime-cld-flu .....	134	dermarest eczema (hydrocort) .....	135
daytime-nighttime .....	134	dermarest psoriasis medicated .....	135
daytime-nighttime cold-flu .....	134	dermazinc .....	135

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

dermazinc shampoo .....	135	dextrose 5 %-lactated ringers .....	94
DERMAZINC SPRAY .....	135	dextrose 5%-0.2 % sod chloride .....	94
DESCOVY .....	89	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride .....	94
desenex .....	135	dextrose 50 % in water (d50w) .....	94
DESGEN .....	135	dextrose 70 % in water (d70w) .....	94
desgen dm .....	135	dhs sal .....	135
desgen dm (pseudoephedrine) .....	135	DHS ZINC .....	135
desipramine .....	69	diabetes health formula .....	135
desloratadine .....	103	diabetic multivitamin .....	136
desmopressin .....	41, 42	diabetic tussin dm .....	136
desog-e.estriadiol/e.estriadiol .....	36	diabetic tussin ex .....	136
despec dm-g .....	135	DIACOMIT .....	65
despec eda cough-cold drops .....	135	dialyvite 800 .....	136
despec-dm (phenyleph-dm-guaif) .....	135	dialyvite vitamin d .....	136
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif) .....	135	DIALVITE VITAMIN D3 MAX .....	136
desvenlafaxine succinate .....	69	diamode .....	136
dexamethasone .....	42	diaper balm .....	136
dexamethasone intensol .....	42	diaper rash .....	136
dexamethasone sodium phos (pf) .....	42	diarrhea relief (bismuth subs) .....	136
dexamethasone sodium phosphate .....	42, 50	diazepam .....	59, 65
dexbrompheniramine-phenylep-dm .....	135	diazepam intensol .....	59
dexchlorphen-pse-chlophedianol .....	135	diazoxide .....	98
dexifol .....	135	diclofenac potassium .....	56
dexlansoprazole .....	32	diclofenac sodium .....	31, 50, 56
dexmethylphenidate .....	28	dicloxacillin .....	62
dexrazoxane hcl .....	75	dicyclomine .....	32
dextroamphetamine sulfate .....	28	didanosine .....	89
dextroamphetamine-amphetamine .....	29	diethylpropion .....	136
dextromethorphan-guaifenesin .....	135	DIFFERIN .....	136
dextrose 10 % and 0.2 % nacl .....	93	DIFCID .....	62
dextrose 10 % in water (d10w) .....	93	digestive probiotic .....	136
dextrose 25 % in water (d25w) .....	93	digestive relief .....	136
dextrose 5 % in water (d5w) .....	94	DIGITAL PREGNANCY TEST .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

digitek .....	21	DOLGESIC-DF .....	137
digoxin .....	21	dometuss g .....	137
dihydroergotamine .....	18	dometuss-dmx .....	137
dilt-xr .....	21	dometuss-nr .....	137
diltiazem hcl .....	21	dona .....	137
dimaphen dm .....	136	donepezil .....	17
dimenhydrinate .....	136	dorzolamide .....	50
DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE) .....	136	dorzolamide-timolol .....	50
dimetapp cold-congestion .....	136	dotti .....	36
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) .....	136	double antibiotic (b.tracn zn) .....	137
dimethyl fumarate .....	29	double antibiotic-pain relief .....	137
diotame .....	136	DOVATO .....	89
diphedryl .....	136	doxazosin .....	21
diphedryl allergy .....	136	doxepin .....	59
diphen .....	136	doxercalciferol .....	26
diphenhydramine hcl .....	103, 136	doxorubicin .....	75
diphenoxylate-atropine .....	32	doxorubicin, peg-liposomal .....	75
disulfiram .....	27	doxy-100 .....	62
DIURIL .....	21	doxycycline hyclate .....	62
divalproex .....	65	doxycycline monohydrate .....	62
dm max .....	136	dr manzanilla cough-cold .....	137
DOAN'S EXTRA STRENGTH .....	137	dr scholl's clear away .....	137
docetaxel .....	75	DR. SMITH'S DIAPER .....	137
docosanol .....	137	DRAMAMINE .....	137
docuprene .....	137	dramamine (meclizine) .....	137
docusate calcium .....	137	dramamine less drowsy .....	137
docusate sodium .....	137	driminate .....	137
docuzen .....	137	DRIPDROP .....	137
dodex .....	137	DRISDOL .....	137
dofetilide .....	21	DRISTAN COLD .....	137
dok .....	137	DRIZALMA SPRINKLE .....	29
dolishale .....	36	dronabinol .....	70
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMN) .....	137	droperidol .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) .....	54	ear wax removal kit .....	138
DROPLET INSULIN SYRINGE .....	54	ear wax removal system .....	138
DROPLET MICRON PEN NEEDLE .....	54	EARLY PREGNANCY TEST .....	138
DROPLET PEN NEEDLE .....	54	EARLY RESULT PREGNANCY TEST .....	138
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....	54	EASY COMFORT ALCOHOL PAD .....	54
DROPSAFE PEN NEEDLE .....	54	easy fiber .....	138
drospirenone-ethinyl estradiol .....	36	easy fiber (wheat dextrin) .....	138
DROXIA .....	54	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS .....	54
dss .....	137	eazzze the pain .....	138
dual action complete .....	137	econtra ez .....	138
dual action freeze away wart .....	137	econtra one-step .....	138
dual action pain reliever .....	138	ECOTRIN .....	138
DUAVEE .....	36	ecotrin low strength .....	138
DULCOLAX (BISACODYL) .....	138	eczema .....	138
dulcolax (magnesium hydroxide) .....	138	eczema care .....	138
dulcolax stool softener (dss) .....	138	eczema relief .....	138
duloxetine .....	29	ed a-hist .....	138
duofilm .....	138	ed a-hist dm .....	138
DUPIXENT PEN .....	46	ed bron gp .....	138
DUPIXENT SYRINGE .....	46	ed chlorped jr .....	139
duragel callus removers .....	138	ed-apap .....	139
DUREX AIR CONDOM .....	138	EDURANT .....	89
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL .....	138	EDURANT PED .....	89
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM .....	138	efavirenz .....	89
DUREX TROPICAL CONDOM .....	138	efavirenz-emtricitabin-tenofovir .....	89
dutasteride .....	34	efavirenz-lamivu-tenofovir disop .....	89
dutasteride-tamsulosin .....	34	effaclar (salicylic acid) .....	139
<b>E</b>		effaclar adapalene .....	139
e-200 .....	138	efferves pain relief antacid .....	139
ear drops (carbamide peroxide) .....	138	EGRIFTA SV .....	42
ear drops for swimmers .....	138	EGRIFTA WR .....	42
ear dry .....	138	ELAHERE .....	75
EAR WAX REMOVAL DROPS .....	138	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

electrolyte-48 in d5w .....	94	enalapril maleate .....	21
electrolyte-a .....	94	enalapril-hydrochlorothiazide .....	21
electrolytes-dextrose .....	139	enalaprilat .....	21
EELYSO .....	104	endacof - dm .....	139
elfolate .....	139	endit (zinc oxide) .....	139
elfolate plus .....	139	endocet .....	56
ELIGARD .....	43	ENDOMETRIN .....	36
ELIGARD (3 MONTH) .....	43	endur-b complex .....	139
ELIGARD (4 MONTH) .....	43	endur-c with rose hips .....	139
ELIGARD (6 MONTH) .....	43	enema .....	139
elinest .....	36	enema disposable .....	139
ELIQUIS .....	97	ENEMEEZ .....	139
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	97	ENFAMIL ENFALYTE .....	139
ELMIRON .....	34	ENGERIX-B (PF) .....	46
elon dual defense .....	139	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....	46
ELREXFIO .....	75	ENHERTU .....	75
eluryng .....	36	enilloring .....	36
ELZONRIS .....	75	enoxaparin .....	97
EMCYT .....	75	enpresse .....	36
EMERGEN-C .....	139	enskyce .....	36
EMERGEN-C IMMUNE PLUS .....	139	ENSTILAR .....	31
emetrol .....	139	entacapone .....	19
emetrol chewable .....	139	entecavir .....	90
EMGALITY PEN .....	18	ENTEXT .....	139
EMGALITY SYRINGE .....	18	ENTRESTO .....	21
EMPLICITI .....	75	ENTRESTO SPRINKLE .....	21
EMRELIS .....	75	enulose .....	32
EMSAM .....	69	ENVARSUS XR .....	46
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df .....	89	EPCLUSIA .....	90
emtricitabine .....	89	EPIDIOLEX .....	65
emtricitabine-tenofovir (tdf) .....	90	epinephrine .....	103
EMTRIVA .....	90	epirubicin .....	75
emzahh .....	36	epitol .....	65

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



EPKINLY .....	75	etongestrel-ethinyl estradiol .....	37
EPRONTIA .....	65	ETOPOPHOS .....	76
epsom salt (laxative) .....	139	etoposide .....	76
equalactin .....	139	etravirine .....	90
ERBITUX .....	76	eucerin baby eczema relief .....	139
ergocalciferol (vitamin d2) .....	139	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
erlotinib .....	76	EVOMELA .....	76
errin .....	36	EVOTAZ .....	90
ertapenem .....	62	EXCEDRIN EXTRA STRENGTH .....	140
ery pads .....	31	EXCEDRIN MIGRAINE .....	140
ERYTHROCIN .....	62	exemestane .....	76
erythromycin .....	50, 62, 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 .....	140
esomeprazole magnesium .....	33	extra strength bayer .....	140
essence c .....	139	extraprin .....	140
essentia .....	139	eye allergy itch relief .....	140
estarrylla .....	36	eye allergy itch-redness rlf .....	140
estradiol .....	36, 37	eye allergy relief .....	140
estradiol valerate .....	37	eye drops (tetrahydrozoline) .....	140
estradiol-norethindrone acet .....	37	eye drops (with povidone) .....	140
ESTRING .....	37	eye drops a.c. .....	140
eszopiclone .....	52	eye drops advanced relief .....	140
ethambutol .....	72	eye drops irritation relief .....	140
ethosuximide .....	66	eye drops moisturizing relief .....	140
ethynodiol diac-eth estradiol .....	37	eye drops relief .....	140
etodolac .....	56, 57	eye drops(tetrahydroz-zn sulf) .....	140

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



eye drops(tetrahydrozolin-peg) .....	140	FEMLYV .....	37
eye health plus lutein .....	140	fenesin dm ir .....	141
eye irritation (with povidone) .....	140	fenesin ir .....	141
eye itch relief .....	140	fenesin pe ir .....	141
eye multivitamin .....	140	fenofibrate .....	21
EYSUVIS .....	50	fenofibrate micronized .....	21
ezetimibe .....	21	fenofibrate nanocrystallized .....	21, 22
ezetimibe-simvastatin .....	21	fenofibric acid .....	22
ezfe 200 .....	140	fentanyl .....	57
	<b>F</b>	fentanyl citrate .....	57
fa-8 .....	140	fentanyl citrate (pf) .....	57
fabb .....	140	feosol .....	141
falmina (28) .....	37	FER-IN-SOL .....	141
famciclovir.....	90	ferate .....	141
famotidine .....	33, 140	fergon .....	141
famotidine (pf) .....	33	ferosul .....	141
famotidine (pf)-nacl (iso-os) .....	33	ferrex 150 .....	141
FANAPT .....	86	ferrex 150 forte .....	141
FANAPT TITRATION PACK A .....	86	ferrex 150 forte plus .....	141
FANAPT TITRATION PACK B .....	86	ferrex 150 plus .....	141
FANAPT TITRATION PACK C .....	86	ferrex 28 .....	141
FANTASY CONDOM .....	140	ferric glycinate .....	141
FARXIGA .....	98	ferric x-150 .....	141
FASENRA PEN .....	103	ferro-sequels (iron-vit c) .....	141
fast mucus relief severe cold.....	140	ferro-time .....	141
FC2 FEMALE CONDOM .....	140	ferrocite .....	141
fec .....	141	ferrous fumarate .....	141
fec plus .....	141	ferrous gluconate .....	141
fe-vite .....	141	ferrous sulfate .....	141
febuxostat .....	17	fesoterodine .....	34
feirza .....	37	FETZIMA .....	69
felbamate .....	66	fever reducer .....	141
felodipine .....	21	FEVERALL .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



fexofenadine .....	142	finasteride .....	34
fexofenadine-pseudoephedrine .....	142	fingolimod .....	29
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....	98	FINTEPLA .....	66
FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....	98	FIRDAPSE .....	29
FIASP U-100 INSULIN .....	98	FIRMAGON .....	43
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 .....	142	flavor chews antacid .....	143
fiber gummies .....	142	flecainide .....	22
fiber gummies (with b-complex) .....	142	fleet bisacodyl .....	143
fiber gummies (with chromium) .....	142	fleet docusate .....	143
fiber laxative (ca polycarbo) .....	142	FLEET ENEMA .....	143
fiber laxative (psyllium husk) .....	142	fleet glycerin (adult) .....	143
fiber laxative(methylcellulos) .....	142	FLEET MINERAL OIL .....	143
fiber select gummies .....	142	flevoxin .....	143
fiber supplement (inulin) .....	142	flexitol .....	143
fiber supplement(wheatdextrin) .....	142	flintstones complete (iron) .....	143
fiber therapy (ca polycarboph) .....	142	FLINTSTONES MULTIVITAMIN .....	143
fiber therapy (m-cellulose) .....	142	flintstones/extrac .....	143
fiber therapy (psyllium-sucro) .....	142	flonase headache-allergy rlf .....	143
fiber therapy laxative (husk) .....	142	FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF .....	143
fiber therapy(psyl seed-sugar) .....	142	FLORANEX .....	143
fiber with probiotic .....	142	FLORAVANCE .....	143
fiber-caps (psyllium husk) .....	142	floraxyl .....	143
fiber-lax .....	142	floxuridine .....	76
FIBER-STAT .....	142	flu hbp .....	143
fiber-tabs .....	142	flu severe cold-night(diph-pe) .....	143
FIBERCON .....	142	flu-severe cold-cough daytime .....	143
fiberex f15 .....	142	flu-severe cold-cough night .....	143
fidaxomicin .....	63	fluconazole .....	71

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



fluconazole in nacl (iso-osm) .....	71	folic d3 .....	144
flucytosine .....	71	folitab .....	144
fludarabine .....	76	folivane-f .....	144
fludrocortisone .....	42	folivane-plus .....	144
flumazenil .....	54	FOLOTYN .....	76
flunisolide .....	103	folplex 2.2 .....	144
fluocinolone .....	31	foltabs 800 .....	144
fluocinolone acetonide oil .....	17	foltanx .....	144
fluocinolone and shower cap .....	31	foltanx rf .....	144
fluocinonide .....	31	FOLTRATE .....	144
fluoride (sodium) .....	143	FOLTX .....	144
fluorometholone .....	50	folvite-d .....	144
fluorouracil .....	31, 76	foot and sneaker .....	144
fluoxetine .....	69	formula 3 .....	144
fluphenazine decanoate .....	86	FORTEO .....	26
fluphenazine hcl .....	86, 87	fosamprenavir .....	90
flurbiprofen .....	57	fosinopril .....	22
flurbiprofen sodium .....	50	fosinopril-hydrochlorothiazide .....	22
fluticasone propion-salmeterol .....	103	fosphenytoin .....	66
fluticasone propionate .....	31, 103	FOTIVDA .....	76
fluvastatin .....	22	fruit c .....	144
fluvoxamine .....	69	fruit c-500 .....	144
foaming acne face wash .....	143	FRUZAQLA .....	76
foaming antacid .....	143	full spectrum b-vitamin c .....	144
FOLAFY ER .....	143	fungi-nail .....	144
folamax .....	143	fungi-nail (tolnaftate) .....	144
folaprime .....	143	FUNGOID TINCTURE .....	144
folbee .....	143	furosemide .....	22
folbee plus .....	144	FUZEON .....	90
folbic .....	144	FYARRO .....	76
folbic rf .....	144	FYCOMPRA .....	66
folic acid .....	144		<b>G</b>
folic acid-vit b6-vit b12 .....	144	g tussin ac .....	144

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

g-fenesin .....	144	gencontuss .....	145
g-fenesin dm.....	144	generlac .....	33
G-SUPRESS DX .....	144	genicin.....	145
g-tron ped .....	144	genicin vita-d .....	145
G-TUSICOF .....	144	genicin vita-q .....	145
gabapentin .....	66	genicin vita-s .....	145
galantamine .....	17	genoravance .....	145
gallifrey .....	37	gentamicin .....	50, 63
GAMUNEX-C .....	46	gentamicin in nacl (iso-osm) .....	63
GARDASIL 9 (PF).....	46	gentamicin sulfate (ped) (pf) .....	63
gas relief (simethicone) .....	144, 145	gentian violet .....	145
gas relief 80 (simethicone) .....	145	gentle laxative (bisacodyl) .....	145
gas relief extra strength .....	145	gentle laxative (mag hydrox) .....	145
gas relief ultra strength .....	145	gentlelax .....	145
gas-x .....	145	GENVOYA .....	90
gas-x extra strength .....	145	geri-dryl .....	145
gas-x ultra-strength .....	145	geri-kot .....	145
gatifloxacin .....	50	geri-lanta .....	145
GAUZE BANDAGE .....	54	geri-lanta supreme .....	145
GAUZE PAD .....	54	geri-mox antacid-antigas .....	145
gavilax .....	145	geri-pectate .....	145
gavilyte-c .....	33	geri-tussin .....	145
gavilyte-g .....	33	geri-tussin dm .....	146
gavilyte-n .....	33	GILOTrif .....	76
GAVISCON .....	145	giltuss allergy plus (dm) .....	146
GAVISCON EXTRA STRENGTH .....	145	GILTUSS COUGH-COLD .....	146
GAVRETO .....	76	giltuss cough-congestion .....	146
GAZYVA .....	76	giltuss diabetic .....	146
gefitinib .....	76	giltuss ex .....	146
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS .....	145	giltuss hbp .....	146
gemcitabine .....	76	glatiramer .....	29
gemfibrozil .....	22	glatopa .....	29
GEMTESA .....	34	glenmax peb .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



glenmax peb dm .....	146	glucosamine-chondroitin complx .....	147
glenmax peb dm forte .....	146	glucosamine-chondroitin ds .....	147
glentuss .....	146	glucosamine-chondroitin max st .....	147
GLEOSTINE .....	76	glucosamine-chondroitin-uc ii .....	147
glimepiride .....	98	glucosamine-d3-boswellia serr .....	147
glipizide .....	98	glucosamine-d3-hyaluronic acid .....	147
glipizide-metformin .....	98	glucosamine-fish oil .....	147
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min .....	146	glucosamine-msm-chondr-d3-bosw .....	147
glucos chond cplx advanced .....	146	glucosamine-msm-hyaluron acid .....	147
glucos-chond-msm (with antiox) .....	146	glyburide .....	99
glucosam-chon-collag-hyalur ac .....	146	glyburide micronized .....	99
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw .....	146	glyburide-metformin .....	99
glucosam-chond-msm(with boron) .....	146	glycerin (adult) .....	147
glucosam-chondr msm6-manganese .....	146	glycerin (child) .....	147
glucosam-chondr-msm with vit d .....	146	GLYCOPHOS .....	94
glucosam-chondr-vit c-mn-boron .....	146	glycopyrrolate .....	33
glucosam-msm-chond-bosw-hyalur .....	146	GLYXAMBI .....	99
glucosam-msm-chond-hrb149-hyal .....	146	GOMEKLI .....	77
glucosam-msm-chondroit-vit d3 .....	146	goniotaire .....	147
glucosamine .....	146	goody's back and body pain .....	147
glucosamine chondroitin maxstr .....	146	GORMEL .....	147
glucosamine daily complex .....	146	GRAFAPEX .....	77
glucosamine hcl .....	146	granisetron hcl .....	70
glucosamine hcl-hyaluronic .....	146	griseofulvin microsize .....	71
glucosamine hcl-msm-chondroitn .....	146	griseofulvin ultramicrosize .....	71
glucosamine sul-chondroitn-msm .....	146	guaiasorb dm .....	147
glucosamine sulfate .....	147	guaifed (guaifenesin) .....	147
glucosamine sulfate-msm .....	147	guaifed-dm .....	147
glucosamine-chond-msm complex .....	147	guaifenesin .....	147, 148
glucosamine-chondr (msm-hyal) .....	147	guaifenesin ac .....	148
glucosamine-chondroit-vit c-mn .....	147	guaifenesin dac .....	148
glucosamine-chondroitin .....	147	guaifenesin-dm .....	148
glucosamine-chondroitin 3x .....	147	guanfacine .....	22, 29

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



gummi bear multivitamin .....	148	heartburn relief .....	148
gummy dinos .....	148	heartburn relief (cimetidine) .....	148
GYNE-LOTRIMIN .....	148	heartburn relief (famotidine) .....	148
gyne-lotrimin 7 .....	148	heather .....	37
<b>H</b>			
HAEGARDA .....	46	hematex .....	148
hailey .....	37	hematinic plus vit/minerals .....	148
hailey 24 fe .....	37	hematinic/folic acid .....	148
hailey fe 1.5/30 (28) .....	37	hematogen fa .....	148
hailey fe 1/20 (28) .....	37	hematogen forte .....	148
hair vitamins .....	148	hemocyte .....	149
hair, skin and nails (biotin) .....	148	HEMOCYTE-F .....	149
hair,skin and nails .....	148	HEMOCYTE-PLUS .....	149
hair,skin and nails(fa-biotin) .....	148	hemorrhoid .....	149
HALAVEN .....	77	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) .....	149
halls defense .....	148	hemorrhoidal (witch hazel) .....	149
haloette .....	37	hemorrhoidal cooling .....	149
haloperidol .....	87	hemorrhoidal cream .....	149
haloperidol decanoate .....	87	hemorrhoidal h .....	149
haloperidol lactate .....	87	hemorrhoidal hygiene .....	149
HARD NAILS .....	148	hemorrhoidal relief .....	149
HAVRIX (PF) .....	46	hemorrhoidal(pe-min oil-petro) .....	149
head congestion day-night .....	148	heparin (porcine) .....	97
head congestion-flu severe pe .....	148	heparin, porcine (pf) .....	97
head congestion-mucus .....	148	HEPLISAV-B (PF) .....	46
headache pm .....	148	her style .....	149
headache relief (asa-acet-caf) .....	148	herbiomed allergy cold-sinus .....	149
headache relief pm .....	148	herbiomed severe cold-flu m-s .....	149
healthy eyes .....	148	HERNEXEOS .....	77
healthy eyes supervision .....	148	hi-cal plus vit d .....	149
healthylax .....	148	HIBERIX (PF) .....	46
heartburn antacid .....	148	high potency iron .....	149
heartburn prevention .....	148	high potency multivit (w-iron) .....	149

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



high potency multivitamin .....	149	hydrocodone-acetaminophen .....	57
HISTEX PD .....	149	hydrocodone-chlorpheniramine .....	149
histex pe .....	149	hydrocodone-homatropine .....	149
HISTEX-DM (PE) .....	149	hydrocodone-ibuprofen .....	57
home lice-bedbug-dust mite spr .....	149	hydrocortisone .....	27, 31, 149,
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 .....	99	.....	150
HUMALOG KWIKPEN INSULIN .....	99	hydrocortisone acetate .....	150
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 .....	99	hydrocortisone plus .....	150
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN .....	99	hydrocortisone-acetic acid .....	17
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN .....	99	hydrocortisone-aloe vera .....	150
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN .....	99	hydrocream .....	150
HUMALOG U-100 INSULIN .....	99	hydrolatum .....	150
HUMATIN .....	63	hydromet .....	150
HUMIRA .....	47	hydromorphone .....	57
HUMIRA PEN .....	47	HYDROPHILIC PETROLATUM .....	150
HUMIRA(CF) .....	47	HYDROPHOR .....	150
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER .....	47	hydroxocobalamin .....	150
HUMIRA(CF) PEN .....	47	hydroxychloroquine .....	85
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....	47	hydroxyurea .....	77
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC .....	47	hydroxyzine hcl .....	59
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS .....	47	hydroxyzine pamoate .....	103
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....	99	HYFTOR .....	31
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN .....	99	hylavite .....	150
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN .....	99	I	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN .....	99	i-prin .....	150
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN .....	99	I-VITE .....	150
HUMULIN R U-500 (CONC) INSULIN .....	99	ibandronate .....	26
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN .....	99	IBRANCE .....	77
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) .....	149	IBTROZI .....	77
hydralazine .....	22	ibu .....	57
hydralyte .....	149	ibu-200 .....	150
hydrating electrolyte .....	149	ibuprofen .....	57, 150
hydrochlorothiazide .....	22	ibuprofen cold-sinus(with pse) .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



ibuprofen ib .....	150	INBRIJA .....	19
ibuprofen jr strength .....	150	incassia .....	37
ibuprofen pm .....	150	INCONTROL ALCOHOL PADS .....	54
ibuprofen-acetaminophen .....	150	INCRELEX .....	42
ibutilide fumarate .....	22	indapamide .....	22
ICAR .....	150	indomethacin .....	57
ICAR-C .....	150	INFANRIX (DTAP) (PF) .....	47
ICAR-C PLUS .....	150	infant fever reducer-pain rlef .....	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 .....	150	INFANT'S TYLENOL .....	151
iferex 150 forte .....	151	infant-toddler multivit .....	151
ifosfamide .....	77	infant-toddler multivit-iron .....	151
igualtuss .....	151	infant-toddler multivitamin .....	151
ILEVRO .....	50	infants gas relief .....	151
imatinib .....	77	infants profenib .....	151
IMBRUVICA .....	77	infants simethicone .....	151
IMCIVREE .....	151	infants' mylicon .....	151
IMDELLTRA .....	77	infants' pain and fever .....	151
IMFINZI .....	77	infants' pain relief .....	151
imipenem-cilastatin .....	63	INFUVITE ADULT .....	151
imipramine hcl .....	69	INFUVITE PEDIATRIC .....	151
imipramine pamoate .....	69	INLYTA .....	77
imiquimod .....	31	INQOVI .....	77
IMJUDO .....	77	INREBIC .....	77
IMKELDI .....	77	INSULIN LISPRO .....	99
IMLYGIC .....	77	INSULIN SYRINGE .....	54
IMODIUM A-D .....	151	INSULIN SYRINGE MICROFINE .....	55
IMODIUM MULTI-SYMPOTM RELIEF .....	151	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	55
IMOVA RABIES VACCINE (PF) .....	47	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE .....	55

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

INTEGRA F .....	151	ISOLYTE S PH 7.4 .....	94
INTEGRA PLUS .....	151	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....	94
INTELENCE .....	90	ISOLYTE-S .....	94
intestinex .....	151	isoniazid .....	72
INTRALIPID .....	94	isosorbide dinitrate .....	22
introvale .....	37	isosorbide mononitrate .....	22
INVEGA HAFYERA .....	87	isosorbide-hydralazine .....	22
INVEGA SUSTENNA .....	87	isotretinoin .....	31
INVEGA TRINZA .....	87	ISTODAX .....	77
invigoflex d .....	151	ISUPREL .....	22
INVOKAMET .....	99	itch relief .....	152
INVOKAMET XR .....	99	itch relief (clotrimazole) .....	152
INVOKANA .....	99	itch relief (diphenhydramine) .....	152
inzo antifungal .....	151	itch relief (hc) .....	152
IONOSOL-MB IN D5W .....	94	itch relief (hc) with aloe .....	152
IPOL .....	47	itch relief (pramoxine-zinc) .....	152
ipratropium bromide .....	103	itch stopping(diphenhydramine) .....	152
ipratropium-albuterol .....	103	ITOVEBI .....	77, 78
irbesartan .....	22	itraconazole .....	71
irbesartan-hydrochlorothiazide .....	22	IV PREP WIPES .....	55
irinotecan .....	77	ivermectin .....	85, 152
iron .....	151	IVRA .....	78
iron (ferrous sulfate) .....	151	IWILFIN .....	78
iron 100 plus .....	151	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 .....	97
is-d-10,000 .....	152	JANUMET .....	99
ISENTRESS .....	90	JANUMET XR .....	99, 100
ISENTRESS HD .....	90	JANUVIA .....	100
isibloom .....	37	JARDIANCE .....	100

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



jasmiel (28) .....	37	kaopectate ex str (bismuth ss) .....	152
JAYPIRCA .....	78	kariva (28) .....	37
JEMPERLI .....	78	kelnor 1/35 (28) .....	38
jencycla .....	37	kelnor 1/50 (28) .....	38
JENTADUETO .....	100	kelp-lecithin-b6 .....	152
JENTADUETO XR .....	100	KERENDIA .....	22
JEVTANA .....	78	KESIMPTA PEN .....	29
jock itch .....	152	ketoconazole .....	71
jock itch (clotrimazole) .....	152	ketorolac .....	50, 57
jock itch (terbinafine) .....	152	ketotifen fumarate .....	152
jr. strength pain reliever .....	152	keyfolic .....	152
juleber .....	37	KEYTRUDA .....	78
julie .....	152	kids multivitamin complete .....	152
JULUCA .....	90	kids vitamin d3 .....	152
junel 1.5/30 (21) .....	37	kids' gummy .....	152
junel 1/20 (21) .....	37	KIMMTRAK .....	78
junel fe 1.5/30 (28) .....	37	KIMONO LUBRICATED CONDOMS .....	152
junel fe 1/20 (28) .....	37	KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON .....	152
junel fe 24 .....	37	KIMONO MICROTHIN CONDOMS .....	153
JYLAMVO .....	47	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS .....	153
JYNNEOS (PF) .....	47	KIMONO TEXTURED CONDOMS .....	153
<b>K</b>			
k-pax immune support .....	152	KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS .....	153
k-pec antidiarrheal (bism sub) .....	152	kinderlyte .....	153
k2 plus d3 .....	152	kindermed infants pain-fever .....	153
KABIVEN .....	94	kindermed kid night cold-cough .....	153
KADCYLA .....	78	kindermed kids cough-congest .....	153
KALETRA .....	90	kinrix (PF) .....	47
kalliga .....	37	kionex (with sorbitol) .....	94
KALYDECO .....	103	KISQALI .....	78
KANJINTI .....	78	KISQALI FEMARA CO-PACK .....	78
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) .....	152	klayesta .....	71
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM) .....	152	klor-con 10 .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



KLOR-CON 8 .....	94	LAMPIT .....	85
klor-con m10 .....	94	lanreotide .....	44
KLOR-CON M15 .....	94	lansoprazole .....	33
klor-con m20 .....	94	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN .....	100
KLOXXADO .....	27	LANTUS U-100 INSULIN .....	100
kobee .....	153	lapatinib .....	78
konsyl (sugar) .....	153	larin 1.5/30 (21) .....	38
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) .....	153	larin 1/20 (21) .....	38
KONSYL SUGAR-FREE .....	153	larin 24 fe .....	38
KOSELUGO .....	78	larin fe 1.5/30 (28) .....	38
KRAZATI .....	78	larin fe 1/20 (28) .....	38
kurvelo (28) .....	38	latanoprost .....	51
KYPROLIS .....	78	lax stool softener with senna .....	153
<b>L</b>			
Inorgest/e.estriadiol-e.estrad .....	38	laxa basic .....	153
l-methyl-mc .....	153	laxacin .....	153
l-methylfolate forte .....	153	laxaclear .....	153
l.acidophilus-b.coagulans .....	153	laxative (bisacodyl) .....	154
l.acidoph, saliva-b.bif-s.therm .....	153	laxative (sennosides) .....	154
l.acidophilus-bifido.longum .....	153	laxative peg 3350 .....	154
labetalol .....	22	laxative pills regular .....	154
lacosamide .....	66	LAZCLUZE .....	78
lactated ringers .....	55, 94	leena 28 .....	38
lactobac acidoph-fructooligos .....	153	leflunomide .....	47
lactobacillus acidoph-l. bifid .....	153	lenalidomide .....	78
lactobacillus acidoph-l.bulgar .....	153	LENVIMA .....	78
lactobacillus acidophilus .....	153	lessina .....	38
lactulose .....	33	letrozole .....	79
lamisil af .....	153	leucovorin calcium .....	79
LAMISIL AT .....	153	LEUKERAN .....	79
lamivudine .....	90	leuprolide .....	44
lamivudine-zidovudine .....	90	leuprolide (3 month) .....	44
lamotrigine .....	66	levalbuterol tartrate .....	103

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



levetiracetam .....	66	lidocaine .....	58, 154
levetiracetam in nacl (iso-os) .....	66	lidocaine (pf) .....	22
LEVO-T .....	43	lidocaine hcl .....	58
levobunolol .....	51	lidocaine in 5 % dextrose (pf) .....	23
levocarnitine .....	94	lidocaine viscous .....	59
levocarnitine (with sugar) .....	94	lidocaine-epinephrine .....	59
levocetirizine .....	103, 154	lidocaine-prilocaine .....	59
levofloxacin .....	63	lidoguard .....	154
levofloxacin in d5w .....	63	lincomycin .....	63
levoleucovorin calcium .....	79	lindane .....	32
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 .....	154
levonorg-eth estrad triphasic .....	38	LINZESS .....	33
levonorgestrel .....	154	liothyronine .....	43
levonorgestrel-ethynodiol dihydrogesterone .....	38	LIP TREATMENT .....	154
levora-28 .....	38	liquibid d-r .....	154
levothyroxine .....	43	liquid antacid .....	154
LEVOXYL .....	43	liquid b-12 .....	154
LEVULAN .....	79	liquid c .....	154
LEXIVA .....	90	liquid calcium with vitamin d .....	154
LIBERVANT .....	66	liquid corn and callus remover .....	154
LIBTAYO .....	79	liquituss gg .....	154
lice bedding spray .....	154	liraglutide .....	100
lice complete kit 1-2-3 .....	154	lisinopril .....	23
lice killing .....	154	lisinopril-hydrochlorothiazide .....	23
lice killing (permethrin) .....	154	lithium carbonate .....	52
lice pyraryl shampoo .....	154	lithium citrate .....	52
lice solution .....	154	LITTLE ANIMALS .....	154
lice treatment .....	154	little animals-iron .....	155
lice treatment (permethrin) .....	154	little remedies fever and pain .....	155
lice-bedbug-mite bedding .....	154	little remedies gas relief .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

little tummys gas relief .....	155	LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) .....	155
LIVTENCITY .....	90	lotrimin af jock itch powder .....	155
Imefol ca-acetyl-meb12-algal .....	155	lotrimin af powder .....	155
LMX 5 .....	155	LOTRIMIN ULTRA .....	155
lo-zumandimine (28) .....	38	lovastatin .....	23
LOCOID LIPOCREAM .....	32	low-ogestrel (28) .....	38
LOESTRIN 1.5/30 (21) .....	38	loxapine succinate .....	87
LOESTRIN 1/20 (21) .....	38	lubiprostone .....	33
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) .....	38	lubricant redness reliever .....	155
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) .....	38	ludent fluoride .....	155
lohist - d .....	155	LUMAKRAS .....	79
lohist-dm .....	155	LUMIFY .....	155
lojaimiess .....	38	LUMIGAN .....	51
LOKELMA .....	94	lumitene .....	155
long acting nasal decong (pse) .....	155	LUNSUMIO .....	79
LONSURF .....	79	LUPRON DEPOT .....	44
loperamide .....	33, 155	LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....	44
loperamide-simethicone .....	155	LUPRON DEPOT (4 MONTH) .....	44
lopinavir-ritonavir .....	90	LUPRON DEPOT (6 MONTH) .....	44
LOQTORZI .....	79	LUPRON DEPOT-PED .....	44
loradamed .....	155	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) .....	44
lorata-d .....	155	lurasidone .....	87
lorata-dine d .....	155	lurbipr .....	57
loratadine .....	155	ltera (28) .....	38
loratadine-d .....	155	LUTRATE DEPOT (3 MONTH) .....	44
lorazepam .....	59	LYBALVI .....	87
lorazepam intensol .....	59	lycopene .....	155
LORBRENA .....	79	lyleq .....	38
loryna (28) .....	38	lyllana .....	38
losartan .....	23	LYNOZYFIC .....	79
losartan-hydrochlorothiazide .....	23	LYNPARZA .....	79
LOTEMAX SM .....	51	lysiplex plus .....	155
lotrimin af .....	155	LYSODREN .....	79

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

LYTGobi .....	79	MAGOX .....	156
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN .....	100	MAGTAB .....	156
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN .....	100	malathion .....	32
LYUMJEV U-100 INSULIN .....	100	mapap (acetaminophen) .....	156, 157
lyza .....	38	mapap arthritis pain .....	157
<b>M</b>			
m-dryl .....	155	mapap cold formula .....	157
M-M-R II (PF) .....	47	maraviroc .....	90
m-natal plus .....	94	MARGENZA .....	79
m-pap .....	156	marlissa (28) .....	38
MAALOX ADVANCED .....	156	MARPLAN .....	69
maalox maximum strength .....	156	MATULANE .....	79
MAG 64 .....	156	maxallergy kids .....	157
mag-al plus .....	156	maxi-tuss ac .....	157
mag-al plus extra strength .....	156	maxi-tuss g .....	157
mag-delay .....	156	maxi-tuss gmx .....	157
mag-g .....	156	maxi-tuss jr .....	157
magnesium .....	156	maxi-tuss pe .....	157
magnesium (oxide/aa chelate) .....	156	maxi-tuss pe jr .....	157
magnesium amino acid chelate .....	156	maxi-tuss pe max .....	157
magnesium chloride .....	156	maxi-tuss tr .....	157
magnesium citrate .....	156	maximum strength cold-flu .....	157
magnesium citrate,mag oxide .....	156	maxrelief junior .....	157
magnesium citrate-lemon balm .....	156	maxtussin .....	157
magnesium gluconate .....	156	maxtussin dm .....	157
magnesium glycinate .....	156	me-thfolate glucos-mecobalamin .....	157
magnesium hydroxide .....	156	meclizine .....	70, 157
magnesium l-lactate .....	156	mecobalamin (vitamin b12) .....	157
magnesium oxide .....	156	medi-meclizine .....	157
magnesium sulfate .....	94, 156	MEDI-PADS .....	157
magnesium sulfate in d5w .....	94	medi-seltzer .....	157
magnesium sulfate in water .....	94, 95	medicated corn removers .....	157
magnesium, potassium aspartate .....	156	medicated pads .....	157
		medicated wipes .....	157

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



medicidin-d .....	157	menstrual relief .....	158
mediplast corn-callus-wart .....	157	menstrual relief(pamabr-pyriI) .....	158
mediproxen .....	157	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	47
medroxyprogesterone .....	38, 39	MEPHYTON .....	158
mefloquine .....	85	mercaptopurine .....	79
mega biotin .....	157	MERIBIN .....	158
mega multi for women .....	158	meropenem .....	63
mega multiple/chelated mineral .....	158	meropenem-0.9% sodium chloride .....	63
mega multivitamin for men .....	158	mesalamine .....	27
megestrol .....	39	mesna .....	79
MEKINIST .....	79	MESNEX .....	80
MEKTOVI .....	79	META APPETITE CTRL (ASPARTAME) .....	158
meleya .....	39	metafolbic .....	158
meloxicam .....	57	metafolbic plus .....	158
melphalan .....	79	metafolbic plus rf .....	158
melphalan hcl .....	79	METAMUCIL .....	158
memantine .....	17	metamucil (sugar) .....	158
men 50 plus advanced one daily .....	158	metamucil (with sugar) .....	158
men 50 plus multivitamin .....	158	METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) .....	158
men under 50 multivitamin .....	158	METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER .....	158
men's 50 plus daily formula .....	158	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART) .....	158
men's 50 plus multivitamin .....	158	metamucil sunrise .....	158
men's daily formula .....	158	METANX (ALGAL OIL) .....	158
men's daily gummies .....	158	metformin .....	100
men's multivitamin .....	158	methadone .....	57, 58
men's multivitamin gummies .....	158	methadone intensol .....	58
men's one daily .....	158	methazolamide .....	51
men's pack .....	158	methenamine hippurate .....	63
MENACTRA (PF) .....	47	methimazole .....	44
MENEST .....	39	methocarbamol .....	102
MENQUADFI (PF) .....	47	methotrexate sodium .....	47
menstrual complete .....	158	methotrexate sodium (pf) .....	47
menstrual pain relief .....	158	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



methsuximide .....	66	micro-guard .....	159
methyldopa .....	23	microflor 33 .....	159
methyldopa-hydrochlorothiazide .....	23	microgestin 1.5/30 (21) .....	39
methylphenidate hcl .....	29	microgestin 1/20 (21) .....	39
methylprednisolone .....	42	microgestin fe 1.5/30 (28) .....	39
methylprednisolone acetate .....	42	microgestin fe 1/20 (28) .....	39
methylprednisolone sodium succ .....	42	midodrine .....	23
methyltetrahydrofolate glucos .....	158	MIDOL COMPLETE .....	159
metoclopramide hcl .....	70	MIDOL MAX ST MENSTRUAL .....	159
metolazone .....	23	midol pm .....	159
metoprolol succinate .....	23	mifepristone .....	55
metoprolol ta-hydrochlorothiaz .....	23	migraine formula .....	159
metoprolol tartrate .....	23	migraine relief .....	159
metronidazole .....	63	mil .....	39
metronidazole in nacl (iso-os) .....	63	milk of magnesia .....	159
metyrosine .....	23	milk of magnesia concentrated .....	159
mg217 psoriasis (coal tar) .....	159	milltrium senior .....	160
mgo .....	159	mineral oil .....	160
micafungin .....	71	mineral oil extra heavy .....	160
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL .....	72	mineral oil heavy .....	160
micatin .....	159	mini enema .....	160
miclara dm .....	159	mini multivitamins-iron .....	160
miclara lq .....	159	minocycline .....	63
micomitin .....	159	minoxidil .....	23
miconazole nitrate .....	159	mintox maximum strength .....	160
miconazole-3 .....	72, 159	mintox plus .....	160
miconazole-3 prefil,cream,wipe .....	159	MIRALAX .....	160
miconazole-7 .....	159	MIRENA .....	55
miconazole-skin clnsr17 .....	159	mirtazapine .....	69
miconazorb af .....	159	misoprostol .....	33
micotrin ac .....	159	mitomycin .....	80
micotrin al .....	159	mitoxantrone .....	80
micotrin ap .....	159	mix-in laxative .....	160

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

modafinil .....	52	MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT .....	160
MODEYSO .....	80	mucinex cough-chest congest hb .....	161
moexipril .....	23	MUCINEX D .....	161
moi-stir .....	160	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH .....	161
molindone .....	87	MUCINEX DM .....	161
mometasone .....	32, 103	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU .....	161
monodoxine nl .....	63	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT .....	161
monistat 1 (tioconazole) .....	160	mucinex fast-max cong-ha (dm) .....	161
monistat 3 .....	160	mucinex fast-max dm max .....	161
MONISTAT 7 .....	160	mucinex fast-max kick cong-cgh .....	161
monistat care (hydrocortisone) .....	160	MUCINEX FAST-MAX NITE COLD-FLU .....	161
mono-linyah .....	39	mucinex fast-max sv cong-cough .....	161
montelukast .....	103	MUCINEX FREEFROM DAY COLD-FLU .....	161
more-dophilus .....	160	mucinex sinus-max cng-pain(dm) .....	161
morphine .....	58	MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST .....	161
morphine concentrate .....	58	mucinex sinus-max pressure-cgh .....	161
motion sickness .....	160	mucinex sinus-max sev congestn .....	161
motion sickness (meclizine) .....	160	mucosa .....	161
motion sickness relief .....	160	mucosa dm .....	161
motion sickness relief(mecliz) .....	160	mucus d .....	161
motion-time .....	160	mucus dm .....	161
motrin dual action w-tylenol.....	160	mucus dm max er .....	161
motrin ib .....	160	mucus relief .....	161
motrin pm .....	160	mucus relief cold and sinus .....	161
MOUNJARO .....	100	mucus relief cold-flu-sore thr .....	161
MOVANTIK .....	33	mucus relief congestion-cough .....	161
move it along .....	160	mucus relief cough .....	161
moxifloxacin .....	51, 63	mucus relief d (pseudoephed) .....	161
moxifloxacin-sod.chloride(iso) .....	63	mucus relief dm .....	161
MRESVIA (PF) .....	47	mucus relief dm cough .....	161
mtx support .....	160	mucus relief dm max .....	162
mucilin sf .....	160	mucus relief er .....	162
MUCINEX .....	160	mucus relief er dm-max .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



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
multi-day with iron .....	162	MUTAMYCIN .....	80
multi-purpose ointment .....	162	MVASI .....	80
multi-symptom cold (pe) .....	162	my choice .....	163
multi-symptom relief eye .....	162	my way .....	163
multi-symptom severe cold-nt .....	162	my-vitalife .....	163
multi-vit with fluoride-iron .....	162	myco nail a .....	163
multi-vitamin hp/minerals .....	162	mycophenolate mofetil .....	47
multi-vitamin with fluoride .....	162	mycophenolate mofetil (hcl) .....	47
multi-vite .....	162	mycophenolate sodium .....	47
multigen .....	162	mycozyl ac .....	163
multigen folic .....	162	mycozyl al .....	163
multigen plus .....	162	mycozyl ap .....	163
multihealth fiber .....	162	myferon 150 .....	163
multihealth fiber (sugar) .....	162	myferon 150 forte .....	163
multiple vitamin-minerals .....	162	mylanta gas .....	163
multiple vitamins .....	162	mylanta maximum strength .....	163
multivit with min-folic acid .....	162	MYLOTARG .....	80
multivit,calc,min-fa-k1-lycop .....	163	mynephrocaps .....	163
multivit-fluoride (metafolin) .....	163	mynephron .....	163
multivit-min-ferrous fumarate .....	163	myo-tone .....	163
multivit-min-ferrous gluconate .....	163	MYRBETRIQ .....	34

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



N		
nabumetone .....	58	nebivolol ..... 23
nadolol .....	23	necon 0.5/35 (28) ..... 39
nafcillin .....	64	nefazodone ..... 69
nafcillin in dextrose iso-osm .....	64	nelarabine ..... 80
naloxone .....	27, 28, 163	neo-vital rx ..... 95
naltrexone .....	28	neomycin ..... 64
NAMZARIC .....	17	neomycin-bacitracin-poly-hc ..... 51
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	55	neomycin-bacitracin-polymyxin ..... 51
NANO PEN NEEDLE .....	55	neomycin-polymyxin b-dexameth ..... 51
naproxen .....	58	neomycin-polymyxin-gramicidin ..... 51
naproxen sodium .....	58, 163	neomycin-polymyxin-hc ..... 17, 51
naramin .....	163	NEONATAL COMPLETE ..... 95
naratriptan .....	18	NEONATAL PLUS VITAMIN ..... 95
NARCAN .....	164	NEONATAL-DHA ..... 95
nasal decongestant (pe) .....	164	neosporin (neo-bac-polym) ..... 164
nasal decongestant (pseudoeph) .....	164	neosporin plus burn relief ..... 164
NATACYN .....	51	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) ..... 164
NATAZIA .....	39	NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR ..... 164
nateglinide .....	100	nephro vitamins ..... 164
natura-lax .....	164	NEPHRO-VITE ..... 164
natural daily fiber .....	164	NERLYNX ..... 80
natural fiber laxative .....	164	NEURIN-SL ..... 164
natural fiber laxative (sugar) .....	164	NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH ..... 164
natural fiber laxative(aspart) .....	164	NEUTROGENA T/SAL ..... 164
natural fiber supplement .....	164	nevirapine ..... 90, 91
natural oatmeal bath treatment .....	164	new day ..... 164
natural senna laxative .....	164	NEXAFED ..... 164
natural veg laxative(sennosid) .....	164	NEXPLANON ..... 39
nausea control .....	164	NEXTERONE ..... 23
nausea relief .....	164	niacin ..... 23
NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA .....	164	niacor ..... 23
NAYZILAM .....	67	NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM) ..... 164
		nicotinamide (with chromium) ..... 165

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



NICOTROL NS .....	28	nivanex dmx .....	165
nifedipine .....	23	NIVESTYM .....	97
night time cold and flu relief .....	165	NIX CREME RINSE .....	165
night time pain medicine .....	165	NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION .....	165
nighttime allergy relief .....	165	nizatidine .....	33
nighttime cold-flu .....	165	nizoral psoriasis .....	165
nighttime cold-flu relief .....	165	noble formula .....	165
nighttime cough .....	165	noble formula hc .....	165
nikki (28) .....	39	nohist-dm .....	165
nilotinib hcl .....	80	nohist-lq .....	165
nilotinib tartrate .....	80	non-aspirin .....	165
nilutamide .....	80	non-aspirin extra strength .....	165
nimodipine .....	24	non-aspirin pain relief .....	165
ninjacof-xg .....	165	non-aspirin pm .....	165
NINLARO .....	80	nora-be .....	39
NIPENT .....	80	norelgestromin-ethin.estradiol .....	39
nisoldipine .....	24	norepinephrine bitartrate .....	24
nitazoxanide .....	85	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 .....	39
nite time cough .....	165	norethindrone-e.estradiol-iron .....	39
nite time-d cold-flu relief .....	165	norgestimate-ethinyl estradiol .....	39
nite-time cold-flu .....	165	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE .....	95
nitetime multi-symptom .....	165	nortemp .....	165, 166
nitixinone .....	104	nortrel 0.5/35 (28) .....	39
nitrofurantoin macrocrystal .....	64	nortrel 1/35 (21) .....	39
nitrofurantoin monohyd/m-cryst .....	64	nortrel 1/35 (28) .....	39
nitroglycerin .....	24, 55	nortrel 7/7/7 (28) .....	39
nitroglycerin in 5 % dextrose .....	24	nortriptyline .....	69
NITROSTAT .....	24	NORVIR .....	91
niva-fol .....	165	norwegian cod liver oil .....	166
niva-plus .....	165	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....	100

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....	100	ocutabs .....	166
NOVOLIN N FLEXPEN .....	100	ocuvite with lutein .....	166
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....	100	ODEFSEY .....	91
NOVOLIN R FLEXPEN .....	100	ODOMZO .....	80
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN .....	100	odor control foot-sneaker .....	166
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN .....	100	OFEV .....	103
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN .....	100	ofloxacin .....	17, 51, 64
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 .....	100	OGSIVEO .....	80
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....	101	OJEMDA .....	80
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART .....	101	OJJAARA .....	80
NOVOPEN ECHO .....	55	olanzapine .....	87
np thyroid .....	43	olmesartan .....	24
NU-IRON .....	166	olmesartan-amlodipin-hcthiazid .....	24
nu-mag .....	166	olmesartan-hydrochlorothiazide .....	24
NUBEQA .....	80	olopatadine .....	51, 166
NUCALA .....	103	omega-3 acid ethyl esters .....	24
NUEDEXTA .....	29	omeprazole .....	33
numbcream .....	166	omeprazole-sodium bicarbonate .....	33
NUPERCAINAL .....	166	omnicap .....	166
NUPLAZID .....	87	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) .....	55
nusyllium .....	166	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) .....	55
NUTRILIPID .....	95	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) .....	55
nyamyc .....	72	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) .....	55
nylia 1/35 (28) .....	40	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) .....	55
nylia 7/7/7 (28) .....	40	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) .....	55
nymyo .....	40	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) .....	55
nystatin .....	72	OMNIPOD GO PODS .....	55
nystatin-triamcinolone .....	72	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY .....	55
nystop .....	72	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY .....	55
	0	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY .....	55
ocella .....	40	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY .....	55
octreotide acetate .....	44	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY .....	55
octreotide,microspheres .....	44	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY .....	55

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

OMNITROPE .....	42	one-a-day essential .....	167
ONCASPAR .....	80	one-a-day maximum formula .....	167
oncovite .....	166	one-a-day men vitacraves .....	167
ondansetron .....	70	one-a-day men's pro edge .....	167
ondansetron hcl .....	70	one-a-day teen advantage .....	167
ondansetron hcl (pf) .....	70	ONE-A-DAY VITACRAVES .....	167
one daily .....	166	ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY .....	167
one daily calcium/iron .....	166	one-a-day women vitacraves .....	167
ONE DAILY COMPLETE .....	166	one-a-day women's 50 plus .....	167
one daily energy .....	166	ONE-A-DAY WOMENS FORMULA .....	167
one daily essential .....	166	onelax bisacodyl .....	167
one daily for men .....	166	onelax docusate sodium .....	167
one daily for men 50 plus adv .....	166	onelax fiber (with sucrose) .....	167
one daily for women .....	166	onelax magnesium citrate .....	167
one daily healthy weight .....	166	onelax senna .....	167
one daily maximum .....	166	onevite daily multivitamin .....	167
one daily men's 50 plus memory .....	166	ONIVYDE .....	80
one daily men's 50 plus w-d3 .....	166	ONUREG .....	80
one daily men's health .....	166	opcicon one-step .....	167
one daily multivit-iron(folic) .....	166	OPDIVO .....	80
one daily multivitamin .....	166	OPDIVO QVANTIG .....	80
one daily multivitamin women .....	166	OPDUALAG .....	80
one daily plus iron .....	166	OPIPZA .....	87
ONE DAILY PLUS MINERALS .....	166	OPSUMIT .....	103
one daily prenatal .....	166	OPSYNVI .....	103
ONE DAILY WOMEN 50 PLUS .....	166	OPTIFLEX-G .....	167
one daily women 50 plus(vit k) .....	167	optimal d3 .....	167
one daily women's .....	167	option-2 .....	167
one daily women's health .....	167	OPVEE .....	28
one daily womens 50 plus .....	167	oral saline laxative .....	167
ONE STEP OVULATION TEST .....	167	oralyte .....	167
ONE STEP PREGNANCY TEST .....	167	ORGOVYX .....	80
one-a-day cholesterol plus .....	167	orlistat .....	167

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



orquidea .....	40	pain relief (ibuprofen) .....	168
ORSERDU .....	80	pain relief adult .....	168
ortho df .....	167	pain relief cold and cough .....	168
oseltamivir .....	91	pain relief es (acetaminophen) .....	168
OSPHENA .....	40	pain relief pm .....	168
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN) .....	167	pain relief pm (w-aspirin) .....	168
OTULFI .....	48	pain relief pm rapid release .....	168
OVULATION TEST .....	168	pain reliever (acetam-aspirin) .....	168
oxacillin .....	64	pain reliever (acetaminophen) .....	168
oxacillin in dextrose(iso-osm) .....	64	pain reliever es(acetaminophn) .....	168
oxaliplatin .....	80, 81	pain reliever plus .....	168
oxcarbazepine .....	67	pain reliever pm ex-strength .....	168
oxybutynin chloride .....	34	pain-off .....	168
oxycodone .....	58	paliperidone .....	87
oxycodone-acetaminophen .....	58	pamidronate .....	26
oysco 500/d .....	168	panoxyl .....	168
oyster shell + d3 .....	168	panoxyl (salicylic acid) .....	168
oyster shell calcium .....	168	PANRETIN .....	81
oyster shell calcium 500 .....	168	pantoprazole .....	33
oyster shell calcium and mag .....	168	pantoprazole in 0.9% sod chlor .....	33
oyster shell calcium-vit d3 .....	168	paraplatin .....	81
oystercal-d .....	168	paricalcitol .....	26, 27
OZEMPIC .....	101	paroxetine hcl .....	69
<b>P</b>			
P AND S (SALICYLIC ACID) .....	168	PATADAY ONCE DAILY RELIEF .....	168
p-col rite .....	168	PATADAY TWICE DAILY RELIEF .....	168
PAXLOVID .....	91	PAXLOVID .....	91
PACERONE .....	24	pazopanib .....	81
paclitaxel .....	81	PDG OVULATION CONFIRM TEST .....	168
paclitaxel protein-bound .....	81	pecgen dmx .....	169
PADCEV .....	81	pecgen pse .....	169
pain and sleep .....	168	pedi multivit no.194-iron sulf .....	169
pain relief (acetaminophen) .....	168	pedia d-vite .....	169
pain relief (aspirin-caffeine) .....	168	pedia iron .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

PEDIA POLY-VITE WITH IRON .....	169	pentamidine .....	85
pedia tri-vite .....	169	pentoxifylline .....	24
pedia-lax stool softener .....	169	pep-t-med .....	169
PEDIACLEAR PD .....	169	PEPCID AC .....	169
PEDIALYTE .....	169	PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH .....	169
PEDIALYTE ADVANCED CARE .....	169	PEPCID COMPLETE .....	169
PEDIALYTE FREEZER POPS .....	169	PEPTO-BISMOL .....	169
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT .....	169	PEPTO-BISMOL MAX ST .....	169
PEDIALYTE SINGLES .....	169	PEPTO-BISMOL TO-GO .....	169
PEDIARIX (PF) .....	48	perampanel .....	67
pediatric d-vite .....	169	percogesic backache relief .....	169
pediatric electrolyte .....	169	percogesic extra strength .....	169
pediatric enema .....	169	PERIKABIVEN .....	95
pediatric freezer pops .....	169	perindopril erbumine .....	24
pediatric multivitamin no.171 .....	169	periogard .....	30
pediatric tri-vite .....	169	PERJETA .....	81
PEDVAX HIB (PF) .....	48	permethrin .....	32
peg 3350-electrolytes .....	33	perphenazine .....	88
peg-electrolyte soln .....	33	perphenazine-amitriptyline .....	69
PEGASYS .....	48	PERSA-GEL .....	169
PEMAZYRE .....	81	PETROLATUM, YELLOW (BULK) .....	169
pemetrexed .....	81	PETROLEUM JELLY .....	169
pemetrexed disodium .....	81	PETROLEUM JELLY, WHITE .....	170
PEMRYDI RTU .....	81	pfiberpen-g .....	64
PEN NEEDLE, DIABETIC .....	55	pharbechlor .....	170
PENBRAYA (PF) .....	48	pharbedryl .....	170
penicillamine .....	95	pharbetol .....	170
penicillin g pot in dextrose .....	64	pharinex-dm .....	170
penicillin g potassium .....	64	PHAZYME .....	170
penicillin g sodium .....	64	phenazopyridine .....	170
penicillin v potassium .....	64	phendimetrazine tartrate .....	170
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) .....	48	phenelzine .....	69
PENTACEL (PF) .....	48	phenobarbital .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



phentermine .....	170	PLASMA-LYTE 148 .....	95
phenylephrine hcl .....	170	PLASMA-LYTE A .....	95
phenylephrine-dm-guaifenesin .....	170	PLENAMINE .....	95
PHENYTEK .....	67	pm pain relief .....	170
phenytoin.....	67	pnv no.95-ferrous fumarate-fa .....	170
phenytoin sodium .....	67	podofilox .....	32
phenytoin sodium extended .....	67	poison ivy dual action .....	170
philith .....	40	poison ivy treatment .....	171
phillips .....	170	POLIVY .....	81
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA .....	170	polocaine .....	59
phillips' liqui-gels .....	170	polocaine-mpf .....	59
PHOS-NAK .....	170	poly bacitracin (zinc) .....	171
phosphate laxative .....	170	poly-iron .....	171
phosphorous supplement .....	170	poly-iron 150 forte .....	171
phytonadione (vitamin k1) .....	170	POLY-VI-FLOR .....	171
PIFELTRO .....	91	POLY-VI-SOL .....	171
pilocarpine hcl .....	30, 51	poly-vita drops .....	171
pimecrolimus .....	32	poly-vita with iron .....	171
pimozide .....	88	polycin .....	51
pimtrea (28) .....	40	polyethylene glycol 3350 .....	171
pinaway .....	170	polymyxin b sulf-trimethoprim .....	51
pink bismuth .....	170	polymyxin b sulfate .....	64
pink bismuth maximum strength .....	170	polysaccharide iron complex .....	171
pinrid .....	170	POLYSPORIN .....	171
pinworm treatment .....	170	POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMN) .....	171
pioglitazone .....	101	POMALYST .....	81
pioglitazone-metformin .....	101	portia 28 .....	40
piperacillin-tazobactam .....	64	PORTRAZZA .....	81
PIQRAY .....	81	posaconazole .....	72
pirfenidone .....	104	posture-d (with magnesium) .....	171
piroxicam .....	58	potassium acetate .....	95
PLAN B ONE-STEP .....	170	potassium chlorid-d5-0.45%nacl .....	95
plantar wart remover .....	170	potassium chloride .....	95

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



potassium chloride in 0.9%nacl .....	95	PREMASOL 10 % .....	96
potassium chloride in 5 % dex .....	95	PRENATA .....	96
potassium chloride in lr-d5 .....	95	PRENATABS FA .....	96
potassium chloride in water .....	95	prenatal .....	171
potassium chloride-0.45 % nacl .....	95	prenatal + dha .....	171
potassium chloride-d5-0.2%nacl .....	95	prenatal 19 .....	171
potassium chloride-d5-0.9%nacl .....	95	prenatal complete .....	171
potassium citrate .....	96, 171	prenatal formula .....	171
potassium gluconate .....	171	prenatal gummies .....	172
potassium, sodium phosphates .....	171	prenatal gummies (dha-epa) .....	172
POTELIGEO .....	81	prenatal gummies(zinc chelate) .....	172
powderlax .....	171	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 .....	81	prenatal plus (calcium carb) .....	96
pramipexole .....	19	prenatal plus vitamin-mineral .....	96
pramoxine .....	171	prenatal tablet .....	172
prasugrel hcl .....	97	prenatal vit no.179-iron-folic .....	172
pravastatin .....	24	prenatal vit-iron fum-folic ac .....	172
praziquantel .....	85	prenatal vitamin .....	172
prazosin .....	24	prenatal vitamin plus low iron .....	172
pre-menstrual relief .....	171	prenatal vitamin with minerals .....	172
PREBIOTIC FIBER .....	171	prenatal with dha-folic acid .....	172
prednisolone .....	42	PRENATE ELITE .....	96
prednisolone acetate .....	51	PREPARATION H .....	172
prednisolone sodium phosphate .....	42, 51	preparation h (pe) .....	172
prednisone .....	42	preparation h (witch hazel) .....	172
prednisone intensol .....	42	preparation h hydrocortisone .....	172
pregabalin .....	29	PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL) .....	172
PREGNANCY TEST .....	171	PREPARATION H(PE,CB) .....	172
PREMARIN .....	40	pres gen .....	172

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



PRES GEN PEDIATRIC .....	172	prochlorperazine .....	70
PRESERVISION AREDS .....	172	prochlorperazine edisylate .....	70
presgen b .....	172	prochlorperazine maleate .....	71
pressure and pain pe .....	172	procto-med hc .....	32
pressure-pain pe plus cold .....	172	PROCTOFOAM .....	173
pressure-pain pe plus mucus .....	172	proctosol hc .....	32
prevalite .....	24	protozone-hc .....	32
PREVYMIS .....	91	profola .....	173
PREZCOBIX .....	91	progesterone .....	40
PREZISTA .....	91	progesterone micronized .....	40
PRIFTIN .....	72	PROGRAF .....	48
primaquine .....	85	PROLIA .....	27
primidar .....	172	PROMACTA .....	97
primidone .....	67	PROMELLA .....	173
PRIMSOL .....	64	promethazine .....	71
PRIORIX (PF) .....	48	promethazine vc-codeine .....	173
PRO COMFORT ALCOHOL PADS .....	55	promethazine-codeine .....	173
probenecid .....	18	promethazine-dm .....	173
probenecid-colchicine .....	18	promolaxin .....	173
probiotic .....	172	propafenone .....	24
probiotic acidophilus .....	173	proparacaine .....	51
probiotic acidophilus (4 strn) .....	173	propranolol .....	24
probiotic acidophilus beads .....	173	propranolol-hydrochlorothiazid .....	25
probiotic acidophilus-pectin .....	173	propylthiouracil .....	44
probiotic colon support .....	173	PROQUAD (PF) .....	48
probiotic complex .....	173	PROSOL 20 % .....	96
probiotic digest supp (6-strn) .....	173	protamine .....	55
probiotic digest(lacto,bifido) .....	173	protective ointment .....	173
probiotic digestive system sup .....	173	protriptyline .....	69
probiotic pearls .....	173	pseudoephedrine hcl .....	173
probiotic-digestive enzymes .....	173	pseudoephedrine-guaifenesin .....	173
probizen .....	173	psoriasis .....	173
procainamide .....	24	psoriasis medicated .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



psoriatar .....	173	ramipril .....	25
psyllium husk .....	173	ranolazine .....	25
psyllium husk (with sugar) .....	173	rapid clear treatment pads .....	174
PULMOZYME .....	104	rasagiline .....	19
pure and gentle (mineral oil) .....	173	READY-TO-USE ENEMA .....	174
pure and gentle (saline) .....	173	ready-to-use enema (min oil) .....	174
PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....	55	reclipsen (28) .....	40
purelax .....	173, 174	RECOMBIVAX HB (PF) .....	48
purevit dualfe plus .....	174	rectasmoothe .....	174
PURIXAN .....	81	RECTICARE .....	174
pyrazinamide .....	72	redness relief .....	174
pyridostigmine bromide .....	18	redness reliever eye drops .....	174
pyridoxine (vitamin b6) .....	174	redness reliever lubricant .....	174
pyrilamine-dextromethorphan .....	174	redutemp .....	174
pyrimethamine .....	85	reese's pinworm medicine .....	174
<b>Q</b>			
QINLOCK .....	81	refenesen .....	174
QUADRACEL (PF) .....	48	refenesen dm .....	174
quetiapine .....	88	refenesen pe .....	174
quinapril .....	25	regener-eyes pro .....	174
quinapril-hydrochlorothiazide .....	25	reguloid (aspartame) .....	174
quinidine sulfate .....	25	reguloid (psyllium husk) .....	174
quinine sulfate .....	85	REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) .....	174
quintabs .....	174	RELENZA DISKHALER .....	91
quintabs-m iron free .....	174	remedy antifungal .....	174
QULIPTA .....	18	remedy phytoplex antifungal .....	174
<b>R</b>			
RABAVERT (PF) .....	48	rena-vite .....	174
rabeprazole .....	34	rena-vite rx .....	174
RADICAVA ORS .....	29	renal caps .....	174
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP .....	29	renal vitamin .....	175
RALDESY .....	69	renal-vite .....	175
raloxifene .....	40	renewal bath treatment .....	175
		reno caps .....	175
		repaglinide .....	101

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



REPATHA PUSHTRONEX .....	25	risaquad-2 .....	175
REPATHA SURECLICK .....	25	risedronate .....	27
REPATHA SYRINGE .....	25	RISPERDAL CONSTA .....	88
RESCON-GG .....	175	risperidone .....	88
RESPA-AR .....	175	ritonavir .....	91
RETACRIT .....	98	rivaroxaban .....	98
retaine allergy .....	175	rivastigmine .....	17
RETEVMO .....	81	rivastigmine tartrate .....	17
RETROVIR .....	91	rizatriptan .....	18
REVEAL GET PREGNANT QUICK .....	175	robafen cf (phenylephrine) .....	175
REVEAL OVULATION PREDICTOR .....	175	robafen dm .....	175
REVEAL OVULATION TEST .....	175	robitussin cold-flu night (pe) .....	175
REVEAL PREGNANCY TEST .....	175	robitussin cough and cold cf .....	175
REVUFORJ .....	81	robitussin cough-chest cong dm .....	175
REXULTI .....	88	robitussin cough-sore throat .....	175
REYATAZ .....	91	robitussin honey cgh-flu-sore .....	175
REZLIDHIA .....	81	robitussin honey max dm .....	175
RHOPHYLAC .....	48	robitussin long-acting .....	175
RHOPRESSA .....	51	robitussin max 12h cough-mucus .....	175
RIABNI .....	81	ROBITUSSIN NIGHTTIME COUGH DM .....	175
ribavirin .....	91	robitussin sevr cough-cold-flu .....	175
riboflavin (vitamin b2) .....	175	ROCKLATAN .....	51
rid lice killing .....	175	roflumilast .....	104
rifabutin .....	72	romidepsin .....	81, 82
rifampin .....	72	rompe pecho max multi symptoms .....	175
riluzole .....	29	ROMVIMZA .....	82
rimantadine .....	91	rondec-d .....	175
ringer's .....	55, 96	ropinirole .....	19
ringworm .....	175	ropivacaine (pf) .....	59
RINVOQ .....	48	rosuvastatin .....	25
RINVOQ LQ .....	48	ROTARIX .....	48
RISA-BID .....	175	ROTATEQ VACCINE .....	48
risacal-d .....	175	roweepra .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



roweepra xr .....	67	SCEMBLIX .....	82
ROZLYTREK .....	82	scooby-doo one a day .....	176
ru-hist d .....	175	scopolamine base .....	71
RUBRACA .....	82	SCOT-TUSSIN DM .....	176
rufinamide .....	67	SCOT-TUSSIN EXPECTORANT .....	176
RUKOBIA .....	91	SCOT-TUSSIN SENIOR .....	176
RUXIENCE .....	82	SCYTERA .....	176
RYBELSUS .....	101	se-natal 19 chewable .....	96
RYBREVANT .....	82	se-tan plus .....	176
rycontuss .....	176	sebex .....	176
RYDAPT .....	82	SECUADO .....	88
rydex .....	176	secura antifungal .....	176
RYLAZE .....	82	secura antifungal extra thick .....	176
rynex dm .....	176	secura protective .....	176
rynex pe .....	176	selegiline hcl .....	19
rynex pse .....	176	selenium sulfide .....	32
RYTARY .....	19	selsun blue .....	176
RYTELO .....	82	selsun blue (pyrithione zinc) .....	176
		selsun blue (salicylic acid) .....	176
sacubitril-valsartan .....	25	selsun blue 2-in-1 .....	176
safe tussin dm .....	176	selsun blue moisturizing .....	176
SAFETUSSIN PM .....	176	selsun blue naturals .....	176
sajazir .....	48	SELZENTRY .....	91
SANDIMMUNE .....	48	senexon-s .....	176
SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	44	senior tabs .....	176
SANTYL .....	32	senna .....	176
sapropterin .....	104	senna lax .....	176
SARCLISA .....	82	senna laxative .....	176
saxagliptin .....	101	senna leaf .....	176
SAXENDA .....	176	senna leaf extract .....	177
scalp relief .....	176	senna plus .....	177
scalp relief (hydrocortisone) .....	176	senna-s .....	177
scalpicin anti-itch .....	176	senna-time s .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



sennosides .....	177	sinus and allergy pe .....	177
sennosides-docusate sodium .....	177	sinus and cold-d .....	177
SENOKOT .....	177	sinus congestion and pain .....	177
SENOKOT-S .....	177	sinus congestion-pain (ibu-pe) .....	177
sentry .....	177	sinus congestion-pain(chlorph) .....	177
sentry senior .....	177	sinus congestion-pain(guaif) .....	178
sertraline .....	69, 70	sinus daytime-nightime .....	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) .....	177	sinus relief (non-drowsy) .....	178
severe cold and flu-day (dm) .....	177	sinus relief max str day-night .....	178
severe cold multi-symptom .....	177	sinus relief pressure and pain .....	178
severe cold pe .....	177	sinus-headache day-night .....	178
severe congestion relief .....	177	sinutrol pe .....	178
severe cough-congestion .....	177	sirolimus .....	48
severe sinus .....	177	SIRTURO .....	73
shake that ache .....	177	skin protectant a and d .....	178
sharobel .....	40	skin protectant a-d (pet, lan) .....	178
SHINGRIX (PF) .....	48	skin protectant petrolatum .....	178
SIGNIFOR .....	44	skin success anti-acne .....	178
sildenafil (pulm.hypertension) .....	104	skin treatment .....	178
silodosin .....	34	skintegrity skin .....	178
silver sulfadiazine .....	32	SKLICE .....	178
SIMBRINZA .....	51	SKYRIZI .....	48
simethicone .....	177	slow release iron .....	178
simliya (28) .....	40	SLOW-MAG .....	178
simpesse .....	40	SMOFLIPID .....	96
simvastatin .....	25	smooth antacid .....	178
sinus 12 hour .....	177	smooth texture fiber .....	178

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



smoothlax .....	178	spectravite adult 50 plus .....	179
sodium bicarbonate .....	96, 178	spectravite adult 50 plus(lut) .....	179
sodium chloride .....	55, 96, 178	spectravite advanced formula .....	179
sodium chloride 0.45 % .....	96	spectravite men 50 plus .....	179
sodium chloride 0.9 % .....	96	spectravite men's .....	179
sodium chloride 3 % hypertonic .....	96	spectravite women .....	179
sodium chloride 5 % hypertonic .....	96	spectravite women 50 plus .....	179
sodium oxybate .....	52	SPIRIVA RESPIMAT .....	104
sodium phenylbutyrate .....	105	SPIRIVA WITH HANDIHALER .....	104
sodium phosphate .....	96	spironolacton-hydrochlorothiaz .....	25
sodium polystyrene sulfonate .....	96	spironolactone .....	25
sodium,potassium,mag sulfates .....	34	sprintec (28) .....	40
solarhist .....	178	SPRITAM .....	67
solifenacin .....	34	SPRYCEL .....	82
SOLIQUA 100/33 .....	101	SPS (WITH SORBITOL) .....	96
SOLTAMOX .....	82	sronyx .....	40
SOLU-MEDROL .....	42	SSD .....	32
SOLU-MEDROL (PF) .....	43	st.joseph aspirin .....	179
soluble fiber .....	179	st.joseph aspirin .....	179
soluvita .....	179	stahist t .....	179
soluvita a,c,d with fluoride .....	179	stavudine .....	91
soluvita multivitamin fluoride .....	179	STELARA .....	49
SOMAVERT .....	44	sterile eye drops .....	179
soothe (bismuth subsalicylate) .....	179	stimulant laxative plus .....	179
soothe and cool skin paste .....	179	STIOLTO RESPIMAT .....	104
soothe regular strength .....	179	STIVARGA .....	82
soothing bath treatment .....	179	stomach relief .....	179
soothing pureway-c .....	179	stomach relief max strength .....	179
sorafenib .....	82	stomach relief original .....	179
sorbugen nr .....	179	stool softener .....	179
sotalol .....	25	stool softener (docusate cal) .....	179
sotalol af .....	25	stool softener-laxative .....	179
spectravite adult .....	179	stool softener-stimulant laxat .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



stop lice .....	180	sulfasalazine .....	27
strawberry c .....	180	SULFO-LO .....	180
STRENSIQ .....	105	sulindac .....	58
streptomycin .....	64	sumatriptan .....	18
stress b with zinc .....	180	sumatriptan succinate .....	18
stress b-complex .....	180	sunitinib malate .....	82
STRESS FORMULA .....	180	SUNLENCA .....	91, 92
STRESS FORMULA WITH ZINC .....	180	super b maxi complex .....	180
stresstabs energy .....	180	SUPER B/C .....	180
STRIBILD .....	91	super calcium .....	180
STRIVERDI RESPIMAT .....	104	SUPER DAILY D3 .....	180
subvenite .....	67	SUPER MULTIVITAMIN .....	180
subvenite starter (blue) kit .....	67	super probiotic .....	180
subvenite starter (green) kit .....	67	super quints .....	180
subvenite starter (orange) kit .....	67	super quints b-50 .....	180
sucralfate .....	34	super thera vite m .....	180
SUDAFED .....	180	suphedrin .....	180
SUDAFED 12 HOUR .....	180	suphedrine .....	180
SUDAFED PE .....	180	suphedrine 12 hour .....	180
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	SUPPRESS DX .....	181
sudogest 12-hour .....	180	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS .....	56
sudogest cold and allergy .....	180	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	56
SUFLAVE .....	34	surebiotic .....	181
sulfacetamide sodium .....	51, 64	SURFAK .....	181
sulfacetamide sodium (acne) .....	64	SUTAB .....	34
sulfacetamide-prednisolone .....	51	swim ear .....	181
sulfadiazine .....	64	swimmer's instant ear dry .....	181
sulfamethoxazole-trimethoprim .....	64	syeda .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

SYMBICORT .....	104	taztia xt .....	25
SYMPAZAN .....	67	TAZVERIK .....	82
SYMTUZA .....	92	TDVAX .....	49
SYNJARDY .....	101	TECENTRIQ .....	83
SYNJARDY XR .....	101	TECENTRIQ HYBREZA .....	83
SYNRIBO .....	82	tecnu rash relief .....	181
SYNTHROID .....	43	TECVAYLI .....	83
<b>T</b>			
		teeny tummy infant gas relief .....	181
tab-a-vite .....	181	TEFLARO .....	64
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON .....	181	telmisartan .....	25
TABLOID .....	82	telmisartan-amlodipine .....	25
TABRECTA .....	82	telmisartan-hydrochlorothiazid .....	25
tacrolimus .....	32, 49	temazepam .....	52
tadalafil .....	34	temsirolimus .....	83
tadalafil (pulm. hypertension) .....	104	TENIVAC (PF) .....	49
TAFINLAR .....	82	tenofovir disoproxil fumarate .....	92
TAGAMET HB .....	181	tension headache .....	181
TAGRISSO .....	82	tension headache pain reliever .....	181
TAKE ACTION .....	181	TEPMETKO .....	83
TALICIA .....	34	terazosin .....	25
TALVEY .....	82	terbinafine hcl .....	72, 181
TALZENNA .....	82	terconazole .....	72
tamoxifen .....	82	teriflunomide .....	29
tamsulosin .....	34	testosterone .....	40
TANDEM PLUS .....	181	testosterone cypionate .....	40
targeted acne spot treatment .....	181	testosterone enanthate .....	40
tarina 24 fe .....	40	tetrabenazine .....	29, 30
tarina fe 1-20 eq (28) .....	40	TEVIMBRA .....	83
tarina fe 1/20 (28) .....	40	THALOMID .....	83
taron forte .....	181	the magic bullet .....	181
TASIGNA .....	82	theophylline .....	104
tasimelteon .....	52	thera .....	181
tazarotene .....	32	thera antifungal .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT) .....	181	timolol maleate .....	25, 51
thera tears sterilid .....	181	TINACTIN .....	182
thera-d .....	181	tinidazole .....	64
THERA-M .....	181	tioconazole .....	182
thera-tabs .....	181	tioconazole-1 .....	182
thera-vite max-m .....	181	TIROSINT-SOL .....	43
THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY .....	181	TIVDAK .....	83
theraflu expressmax cold night .....	181, 182	TIVICAY .....	92
theraflu expressmax sv cld-flu .....	182	TIVICAY PD .....	92
theraflu svr cld rlf dy(pe-dm) .....	182	tizanidine .....	17
theraflu-d flu relief day .....	182	tm-daily vite .....	182
theragran-m premier 50 plus .....	182	tobramycin .....	52
theralogix companion .....	182	tobramycin in 0.225 % nacl .....	64
therapeutic dandruff shampoo .....	182	tobramycin sulfate .....	64
therapeutic t plus .....	182	tobramycin-dexamethasone .....	52
therapeutic-m .....	182	toe area treatment antifungal .....	182
theratrum complete 50 plus-lyc .....	182	tolcylen .....	182
theratrum complete 50 plus/lut .....	182	tolnafi-al .....	182
theratrum complete with lutein .....	182	tolnaftate .....	182
THEREMS MULTIVITAMIN .....	182	tolterodine .....	35
therems-m .....	182	topiramate .....	67, 68
thiamine hcl (vitamin b1) .....	182	topotecan .....	83
thiamine mononitrate (vit b1) .....	182	toremifene .....	83
thioridazine .....	88	torpenz .....	83
thiotepa .....	83	torsemide .....	25
thiothixene .....	88	total allergy medicine .....	182
tiadylt er .....	25	TOUJEON MAX U-300 SOLOSTAR .....	101
tiagabine .....	67	TOUJEON SOLOSTAR U-300 INSULIN .....	101
TIBSOVO .....	83	TPN ELECTROLYTES .....	96
ticagrelor .....	98	TRADJENTA .....	101
TICOVAC .....	49	tramadol .....	58
tigecycline .....	64	trandolapril .....	25
tilia fe .....	40	trandolapril-verapamil .....	25

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

tranexamic acid .....	98	tri-vylibra .....	41
tranylcyprromine .....	70	tri-vylibra lo .....	41
TRAVASOL 10 % .....	96	triacetin .....	183
travel sickness .....	182	triamcinolone acetonide .....	30, 43
travel-ease (meclizine) .....	182	triamterene-hydrochlorothiazid .....	26
travoprost .....	52	tricon .....	183
TRAZIMERA .....	83	triderm .....	43
trazodone .....	70	trientine .....	96
TRECATOR .....	73	trifluoperazine .....	88
TRELEGY ELLIPTA .....	104	trifluridine .....	52
TRELSTAR .....	44	trigels-f forte .....	183
TREMFYA .....	49	trihexyphenidyl .....	19
TREMFYA PEN .....	49	TRIJARDY XR .....	101
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN .....	49	TRIKAFTA .....	104
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 .....	101	trimazole .....	183
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 .....	101	trimethoprim .....	64
TRESIBA U-100 INSULIN .....	101	trimipramine .....	70
tretinoïn .....	32	trinatal rx 1 .....	96
tretinoïn (antineoplastic) .....	83	TRINTELLIX .....	70
tri-buffered aspirin .....	183	tripenicol s .....	183
tri-estarylla .....	40	triphocaps .....	183
tri-legest fe .....	40	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 .....	183
tri-sprintec (28) .....	41	TRISENOX .....	83
TRI-VI-SOL .....	183	TRISPEC DMX .....	183
tri-vitamin with fluoride .....	183	TRISPEC PSE .....	183
tri-vite with fluoride .....	183	tritolnacide s .....	183

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



TRIUMEQ .....	92	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS .....	184
TRIUMEQ PD .....	92	tucks (witch hazel) .....	184
trivora (28).....	41	TUKYSA .....	83
TRIZIVIR .....	92	tulana .....	41
TRODELVY .....	83	TUMS .....	184
TROGARZO .....	92	tums dual action (famotidine) .....	184
TROJAN BARESKIN .....	183	TUMS E-X .....	184
TROJAN EXTENDED PLEASURE .....	183	TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES .....	184
TROJAN MAGNUM CONDOMS .....	183	TUMS FRESHERS .....	184
TROJAN PLEASURE PACK.....	183	tums ultra .....	184
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM .....	183	tums-gas relief (calc-simeth) .....	184
TROJAN ULTRA THIN .....	183	TURALIO .....	83
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL .....	183	turqoz (28) .....	41
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS .....	183	tusicof .....	184
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS .....	183	tusnel diabetic .....	184
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS .....	183	tusnel dm .....	184
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS .....	184	tusnel dm pediatric(phenyleph) .....	184
TRONVITE .....	184	TUSNEL NEW FORMULA .....	184
TROPHAMINE 10 % .....	96	TUSNEL PEDIATRIC .....	184
trospium .....	35	tusnel-ex .....	184
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS .....	56	tussi pres-b .....	184
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS .....	56	tussi-pres .....	184
TRUE COVER CONDOM .....	184	TUSSI-PRES PEDIATRIC .....	184
true multivitamin .....	184	tussin .....	184
truelyte advanced hydration .....	184	tussin cf (pe-dm-guaif) .....	184
TRULICITY .....	101	tussin cf cough-cold .....	185
TRUMENBA .....	49	tussin cf max .....	185
TRUQAP .....	83	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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



tussin dm day-night .....	185	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) .....	56
tussin dm max .....	185	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE .....	56
tussin mucus-chest congestion .....	185	ULTRA-FINE PEN NEEDLE .....	56
tussin nighttime cough dm .....	185	UNITHROID .....	43
tusslin .....	185	UNITUXIN .....	83
TUXARIN ER .....	185	urea .....	186
TUZISTRA XR .....	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 .....	185	ursodiol .....	34
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE .....	185		<b>V</b>
TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR .....	185	v-c forte .....	186
tylenol cold-flu multi-act day .....	185	valacyclovir .....	92
TYLENOL EXTRA STRENGTH .....	185	VALCHLOR .....	83
tylenol pm extra strength .....	185	valganciclovir .....	92
TYLENOL SINUS HEADACHE .....	185	valihist .....	186
TYLENOL SINUS SEVERE .....	185	valproate sodium .....	68
TYMLOS .....	27	valproic acid .....	68
TYPHIM VI .....	49	valproic acid (as sodium salt) .....	68
tyr cooler .....	185	valrubicin .....	83
		valsartan .....	26
UBRELVY .....	18	valsartan-hydrochlorothiazide .....	26
UDENYCA .....	98	VALSTAR .....	83
UDENYCA AUTOINJECTOR .....	98	VALTOCO .....	68
UDENYCA ONBODY .....	98	valtya .....	41
ULTILET ALCOHOL SWAB .....	56	VANACOF .....	186
ultra a-d .....	185	VANACOF DM .....	186
ultra mide 25 .....	185	vancomycin .....	65
ultra pesticide free lice .....	185	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

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

VANFLYTA .....	83	vienna .....	41
vanicream hc .....	186	vigabatrin .....	68
vanicream z-bar .....	186	vigadroner .....	68
vanquish .....	186	VIGAFYDE .....	68
VAQTA (PF) .....	49	vigpoder .....	68
varenicline tartrate .....	28	vilazodone .....	70
VARIVAX (PF) .....	49	VIMKUNYA .....	49
VASCEPA .....	26	vinblastine .....	84
VASELINE .....	186	vincasar pfs .....	84
VAXCHORA VACCINE .....	49	vincristine .....	84
vcf contraceptive gel .....	186	vinorelbine .....	84
VECTIBIX .....	83	viorele (28) .....	41
vegetable lax-stool softener .....	186	VIRACEPT .....	92
vegetable laxative .....	186	VIREAD .....	92
velivet triphasic regimen (28) .....	41	virt-caps .....	186
VEMLIDY .....	92	visine .....	186
VENCLEXTA .....	83, 84	visine red eye hydrating cmfrt .....	186
VENCLEXTA STARTING PACK .....	84	vision .....	186
venlafaxine .....	70	vision formula (with lutein) .....	187
VENTOLIN HFA .....	104	vision formula(a-c-e-zn-se-cu) .....	187
verapamil .....	26	vision plus lutein .....	187
VERQUVO .....	26	vista gonio .....	187
VERSACLOZ .....	88	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-forde .....	186	vit c(ascorb.calciu)(mv-mins) .....	187
vicks dayquil cold-flu relief .....	186	vit c-echinacea purpurea xt .....	187
vicks dayquil severe cold-flu .....	186	vita-c .....	187
VICKS NYQUIL COLD AND FLU .....	186	VITACEL (WITH LUTEIN) .....	187
vicks nyquil cold/flu liquicap .....	186	vitafusion women's multi .....	187
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF .....	186	vitajoy adult multi .....	187
vicks nyquil severe cold-flu .....	186	vitajoy biotin .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



vitajoy daily c .....	187	vitamin e succinate .....	189
vitajoy daily d .....	187	vitamin k .....	189
vitalee .....	187	vitamin k2 .....	189
vitalets .....	187	vitamin k2 (mk-4) .....	189
VITAMEDMD ONE RX.....	187	vitamins a,c,d and fluoride .....	189
vitamin a .....	187	vitamins a-d-e selenium .....	189
vitamin a acetate .....	187	vitamins b complex .....	189
vitamin a and d .....	187	vitasure .....	189
vitamin a and d diaper rash .....	187	VITRAKVI .....	84
vitamin a palmitate .....	187	VITRON-C .....	189
vitamin a palmitate-vitamin d2 .....	187	vitrum 50 plus .....	189
vitamin b complex .....	187	VITRUM SENIOR .....	189
vitamin b complex-folic acid .....	187	vits a and d-white pet-lanolin .....	189
vitamin b-1 .....	188	VIVITROL .....	28
vitamin b-1 (mononitrate) .....	188	VIVOTIF .....	49
vitamin b-12 .....	188	VIZIMPRO .....	84
vitamin b-2 .....	188	VOCABRIA .....	92
vitamin b-6 .....	188	volnea (28) .....	41
vitamin b12-folic acid .....	188	VONJO .....	84
vitamin c .....	188	VORANIGO .....	84
vitamin c (ascorbate calcium) .....	188	voriconazole .....	72
vitamin c drops .....	188	voriconazole-hpbcד .....	72
vitamin c fizzy drink .....	188	VOSEVI .....	92
vitamin c powder blend .....	188	votriza-al .....	189
vitamin c with rose hips .....	188	VOWST .....	34
vitamin d2 .....	188	vp-vite rx .....	189
vitamin d2-vitamin k1 .....	188	VRAYLAR .....	88
vitamin d3 .....	188, 189	VUMERTY .....	30
vitamin d3-vitamin k2 .....	189	vyfemla (28) .....	41
vitamin e .....	189	vylibra .....	41
vitamin e (dl, acetate) .....	189	VYLOY .....	84
vitamin e acetate .....	189	VYNDAMAX .....	105
vitamin e mixed .....	189	VYVGART .....	18

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.

VYVGART HYTRULO .....	18	wal-phed 12 hour .....	190
VYXEOS .....	84	wal-phed d .....	190
VYZULTA .....	52	wal-phed pe .....	190
		wal-phed pe cold-cough .....	190
<b>W</b>			
wal-act d cold and allergy .....	189	wal-phed pe day-night .....	191
wal-dram .....	189	wal-phed pe nighttime cold .....	191
wal-dram 2 .....	189	wal-phed pe pressure+pain+cold .....	191
wal-dryl (diphenhydramine) .....	190	wal-phed pe severe cold .....	191
wal-dryl (diphenhydramine-zn) .....	190	wal-phed pe sinus and allergy .....	191
wal-dryl allergy .....	190	wal-phed pe sinus headache .....	191
wal-dryl severe allergy-sinus .....	190	wal-phed pe triple relief .....	191
wal-dryl-d allergy and sinus .....	190	wal-profen .....	191
wal-fex allergy .....	190	wal-profen cold-sinus .....	191
wal-fex d 12 hour .....	190	wal-profen d cold and sinus .....	191
wal-fex d 24 hour .....	190	wal-proxen .....	191
wal-finate .....	190	wal-sporin .....	191
wal-finate-d .....	190	wal-tap .....	191
wal-flu cold and sore throat .....	190	wal-tap dm .....	191
wal-flu day-night cold-cough .....	190	wal-tussin .....	191
wal-flu night severe cold .....	190	wal-tussin cough and cold cf .....	191
wal-flu night time .....	190	wal-tussin dm .....	191
wal-flu severe cold and cough .....	190	wal-tussin dm clear .....	191
wal-flu severe cold-cough .....	190	wal-zyr (cetirizine) .....	191
wal-itin .....	190	wal-zyr (ketotifen) .....	191
wal-itin d .....	190	wal-zyr d .....	191
wal-itin d 12 hour .....	190	walgreens dry skin treatment .....	191
wal-mucil fiber .....	190	warfarin .....	98
wal-mucil fiber (aspartame) .....	190	warrior a-relief rectal cream .....	191
wal-mucil fiber (sugar) .....	190	wart remover .....	191
wal-mucil natural fiber lax .....	190	water for irrigation, sterile .....	56
wal-mucil with calcium .....	190	WEBCOL .....	56
wal-nadol pm .....	190	wee care .....	191
wal-phed .....	190	weekly-d .....	191

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



WEGOVY .....	191	X	
WELIREG .....	105	x-seb t pearl .....	192
well lyte advanced hydration .....	191	XALKORI .....	84
wellfola .....	192	xaquil xr .....	192
wellpro-31 .....	192	xarah fe .....	41
wera (28) .....	41	XARELTO .....	98
wescaps .....	192	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START .....	98
wesnatal dha complete .....	96	XATMEP .....	49
wesnate dha .....	97	xcellent a 3000 .....	192
westab max .....	192	xcellent a 7500 .....	192
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 .....	104	XIGDUO XR .....	101
woman's laxative (bisacodyl) .....	192	XOLAIR .....	49
women's 50 plus advanced .....	192	XOSPATA .....	84
women's 50 plus daily formula .....	192	XPOVIO .....	84
women's 50 plus multivitamin .....	192	XTANDI .....	84
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 .....	192	yelets .....	193
women's multivitamin gummies .....	192	YERVOY .....	84
women's one daily .....	192	YESINTEK .....	49, 50
women's prenatal plus dha .....	192	YF-VAX (PF) .....	50
womens daily gummies .....	192	yogurt plus calcium gummies .....	193
wymzya fe .....	41	YONDELIS .....	84

**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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



**Z**

ziprasidone mesylate .....	88
Z-BUM .....	193
zaditor .....	193
zafemy .....	41
zaflurkast .....	104
zaleplon .....	52
ZALTRAP .....	85
ZANOSAR .....	85
zantac-360 (famotidine) .....	193
zarah .....	41
ZARXIO .....	98
zeasorb af .....	193
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR .....	101
ZEGALOGUE SYRINGE .....	101
ZEJULA .....	85
ZELAC .....	193
ZELBORA F .....	85
zeldana .....	193
ZEMAIRA .....	105
zenatane .....	32
zenoptiq gel .....	193
zenoptiq spray .....	193
ZENPEP .....	105
ZEPBOUND .....	193
zephrex-d .....	193
ZEPZELCA .....	85
ZERVIATE .....	52
ZEVALIN (Y-90) .....	56
zidovudine .....	92
ZIIHERA .....	85
zinc oxide .....	193
zinc with vitamins a and c .....	193
ziprasidone hcl .....	88
ZIRABEV .....	85
ZIRGAN .....	92
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl .....	27
zoledronic acid .....	27
zoledronic acid-mannitol-water .....	27
ZOLINZA .....	85
zolpidem .....	52
ZONISADE .....	68
zonisamide .....	68
zovia 1-35 (28) .....	41
ZTALMY .....	68
ZUBSOLV .....	28
zumandimine (28) .....	41
ZURZUVAE .....	70
ZYDELIG .....	85
ZYKADIA .....	85
zyncof .....	193
ZYNLONTA .....	85
ZYNYZ .....	85
ZYPITAMAG .....	26
ZYPREXA RELPREVV .....	88
ZYRTEC .....	193
ZYRTEC-D .....	193
zyvit .....	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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 09/02/2025.



## 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 panggamot. 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 답해 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 سؤال تتعلق بخطتنا 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 Italiano 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 oswa 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:** ከላ ጠና መያዣ የሚታወቃች ዕቅናትን በተማለከት ማንኛውም የለቻሁን ቅየቻቻ ለማመላስ ነፋ የአስተርጋሚ አገልግሎቶች አገን:: አስተርጋሚ ለማሽኑት:: በ 1-877-320-1235 (TTY:- 711) ይደረግ:: እንዲሁም የሚኖሩ ስም ለረዳምኑ ይችላል:: ይህ ነፋ አገልግሎት ነው::

**Bengali:** আমরা বিনামূলে 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 বিনামূলে উপলব্ধ।

**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 1-877-320-1235 (TTY: 711) 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 صحي و ادویه جات ما داشته باشید ما برای ترجمان خدمات رایگان داریم. به منظور دریافت ترجمان، فقط ذریعه این نمبر ذکر شده 1235-320-877-1 (TTY: 711) با ما تماس بگیرید. شخصی که انگلیسی صحبت میکند میتواند همراهی شما کمک کند. این یک خدمت رایگان میباشد.

**Bassa:** Dì gwèe bàhièl màhōp inyùu holā wè i tìmbhè màmbadgà mɔŋ ma mā bèŋge mboo yɔŋ nì i bɛe ù nlama yɔŋ. Inyùu kòsnà hièl màhōp, sèbel ndigi bɛs i nɔmbà 1-877-320-1235 (TTY: 711). Mùt wàdā nû ā pɔt ŋgisì ā nlà hola wê. Bā ñsaa bee maholā mâ.

**Igbo:** Anyị nwere օրụ ntụgharị okwu efu iji zaa ajụjụ օ bụla gi nwere ike ịnwe gbasara atụmatụ ahụike ma օ bụ օgwụ anyị. Ichọ ịnweta onye ntụgharị okwu, naani kpọọ anyị na 1-877-320-1235 (TTY: 711). Onye na-asụ asusụ Bekee nwere ike ịnyere gi aka. Nkea bụ օրụ efu.

**Telugu:** మా ఆరోగ్యం లేదా ద్రగ్ ప్లాన్ గురించి మీకు ఏవైనా సందేహాలు ఉంటే వాటికి సమాధానమివ్వడానికి మా వర్ధ ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి, 1-877-320-1235 (TTY: 711) వర్ధ 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 isé ìtójú ògbifò lófèé láti dákun àwọn ibéèrè yòówù tí o lè ní nípa ètò ilera tàbí oògùn wa. Láti gba ògbifò kan, sá pè wá ní 1-877-320-1235 (TTY: 711). Èníkan tí ó nsø èdè Gèyésì lè ràn ó lówó. Isé ìtójú ọfè kan nìyí.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Este formulario fue actualizado el 09/02/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contácte 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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

H2875-001



**Medicare and Medicaid Working Together**