

2026

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Humana Dual Integrated

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 Integrated (HMO D-SNP)

Formulario 26411 versión 13

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 06/02/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Humana®

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Introducción

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

Índice:

A	Descargos de responsabilidad.....	4
B	Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	5
	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 Integrated (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)?	8
	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 Integrated (HMO D-SNP) 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. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
	B16. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?.....	13
	B17. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?....	13
	B18. ¿Cuál es mi copago?	14
C	Descripción general de la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i>	15
	C1. <i>Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento</i>	15
D	Índice de Medicamentos Cubiertos	106

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en *Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)*.

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist** o llamándonos 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. Llámenos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Michigan que brindar a los afiliados beneficios de ambos programas.
- Se encuentran disponibles servicios gratuitos de idioma, ayuda auxiliar y formatos alternativos. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Este Aviso de Disponibilidad está disponible en otros idiomas, a continuación de la **Sección D** de este documento y en **es-www.humana.com/legal/multi-language-support**.
- Este documento se encuentra disponible en inglés y español de manera gratuita.
- Para recibir este documento en otro idioma o en un formato alternativo, o para cambiar un pedido permanente, comuníquese con nosotros al número indicado al pie de este documento. Mantendremos sus preferencias para futuras comunicaciones y envío de correos, para que no tenga que hacer un pedido por separado cada vez.
- 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 1-855-281-6070 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Guía de Medicamentos Cubiertos* (*Guía de medicamentos*). 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* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). 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 Integrated (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la *Guía de Medicamentos* si:
 - su médico u otro profesional que receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano,
 - Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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 Integrated (HMO D-SNP).
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

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

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

Sí, y Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Michigan Medicaid 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 Integrated (HMO D-SNP) 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*.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



-
- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Las actualizaciones de la *Guía de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
 - También puede llamar a Servicios para afiliados 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 seguirá 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.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que esto ocurra.
 - 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.
- **Eliminar medicamentos inseguros y otros medicamentos que se retiran del mercado.** A veces, un medicamento puede resultar inseguro o retirarse del mercado por otro motivo. Si esto sucede, 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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



-
- 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.

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 Integrated (HMO D-SNP) antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** A veces, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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. Si el profesional que receta considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

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

Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

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

La tabla que se encuentra en la sección titulada “Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento” en la **Sección C1** tiene una columna denominada “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso.”

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre 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*.

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*, llámenos al número que figura al pie de página de este documento y pregunte al respecto. Si le dicen que Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pídanos una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrela 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**
 - Pedir a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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 Integrated (HMO D-SNP) 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 Integrated (HMO D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar con su

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



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 Integrated (HMO D-SNP), **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si está tomando un medicamento que Humana Dual 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, 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 Integrated (HMO D-SNP) o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

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.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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.

Solicitar una excepción

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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

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

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

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

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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 Integrated (HMO D-SNP) 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, llámenos. Un representante trabajará con usted y su proveedor para ayudarles a solicitar una excepción. También puede leer la **Sección G2 del Capítulo 9 del Manual para los afiliados** para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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

Si usted o el profesional que receta consideran que su salud podría deteriorarse por tener que esperar 72 horas para recibir 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 Integrated (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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 del Manual para los afiliados**.

B15. ¿Qué son medicamentos OTC?

OTC significa “de venta sin receta” (por sus siglas en inglés). Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los escriba como recetas.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) para ver cuáles medicamentos OTC se cubren.

B16. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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 Servicios para afiliados por teléfono al número que figura en el pie de página de este documento para obtener más información.

Puede leer la *Guía de Medicamentos* de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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 (a veces llamado Manual para los afiliados)*.

B17. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) 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. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.
 - **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. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.
-

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

B18. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) tienen copagos para medicamentos recetados siempre que el afiliado siga las reglas del plan. Consulte las preguntas B15 y B16 para obtener más información sobre medicamentos OTC y productos OTC que no sean medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en nuestra *Guía de medicamentos*.

- **Nivel 1** - Medicamentos genéricos y de marca que tienen copago de \$0.
- **Nivel 2** - Medicamentos genéricos y de marca que tienen copago de \$0.
- **Nivel 3** - Medicamentos genéricos y de marca que tienen un costo compartido de 25%.
- **Nivel 4** - Medicamentos genéricos y de marca que tienen un costo compartido de 25%.
- **Nivel 5** - Algunos inyectables y otros medicamentos de alto costo que tienen un costo compartido de 32%.

Los montos de copago pueden variar según el nivel de Ayuda Extra recibida. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

Los medicamentos de venta libre (OTC) tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llámenos al número que figura al pie de página de este documento.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). 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 Integrated (HMO D-SNP).

Tenga en cuenta: Si se encuentra el enunciado “(*) No es un medicamento de la Parte D” en el encabezado de una sección de medicamentos, esto 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 que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Michigan Medicaid.
- Si usted o el profesional que receta no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al número que figura en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9 del Manual para los afiliados**.

C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento

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

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

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

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

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

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

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

(*) = No es un medicamento de la Parte D. Los medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) o los medicamentos no cubiertos por Medicare.

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 en el pie de página de este documento para obtener más información.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

CI (por sus siglas en inglés) = 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 (a veces llamado Manual para los afiliados).

AV (por sus siglas en inglés) = 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 estar disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

PDS (por sus siglas en inglés) = Suministros diabéticos preferidos; BD y HTL-Droplet son las marcas preferidas de jeringas y agujas para plumas diabéticas para el plan

SA (por sus siglas en inglés) = Autorización del servicio; Debe obtener aprobación por parte del plan, de acuerdo con los criterios de su beneficio de Medicaid, antes de poder recibir este medicamento.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula, los medicamentos de marca, en mayúscula y los medicamentos de venta sin receta y productos que no son medicamentos se indican en minúscula. 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 Integrated (HMO D-SNP) tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ÓTICOS		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS ^{MO}	2	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS ^{MO}	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION ^{MO}	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	3	
AGENTES ANTIDEMENCIA		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	1	
donepezil 23 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	PA,QL(98 cada 30 días)
rivastigmine 13.3 mg/24 hour, 4.6 mg/24 hour, 9.5 mg/24 hour PATCH, 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
AGENTES ANTIESPASTICIDAD		
baclofen 10 mg TABLET ^{MO}	1	
baclofen 20 mg TABLET ^{MO}	1	
baclofen 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
tizanidine 2 mg TABLET ^{MO}	1	
tizanidine 4 mg TABLET ^{MO}	1	
AGENTES ANTIGOTA		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
colchicine 0.6 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET ^{MO}	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES ANTIMIASTÉNICOS		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(22.4 cada 28 días)
AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 30 días)
eletriptan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	4	QL(9 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(16 cada 30 días)
AGENTES ANTIPARKINSON		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
apomorphine 10 mg/ml CARTRIDGE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET ^{MO}	3	
carbidopa 25 mg TABLET ^{MO}	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET ^{MO}	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET ^{MO}	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET ^{MO}	4	
entacapone 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET ^{MO}	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE ^{MO}	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET ^{MO}	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR ^{MO}	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
AGENTES CARDIOVASCULARES		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	1	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER ^{MO}	4	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET ^{MO}	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET ^{MO}	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	4	
amiodarone 200 mg TABLET ^{MO}	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	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 ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET ^{MO}	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	2	
bumetanide 1 mg TABLET ^{MO}	2	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	1	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET ^{MO}	1	
chlorthalidone 25 mg TABLET ^{MO}	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET ^{MO}	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER ^{MO}	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER ^{MO}	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.05 mg, 0.2 mg, 0.3 mg TABLET ^{MO}	1	
clonidine hcl 0.1 mg TABLET ^{MO}	1	
colestipol 1 gram TABLET ^{MO}	3	
colestipol 5 gram GRANULES ^{MO}	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET ^{MO}	4	
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	2	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO}	2	
diltiazem hcl 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT ^{MO}	3	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
fenofibrate 160 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 80 mg TABLET ^{MO}	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET ^{MO}	2	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET ^{MO}	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
lisinopril 30 mg TABLET ^{MO}	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	1	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET ^{MO}	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE ^{DL}	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	3	
nebivolol 10 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
niacin 500 mg TABLET ^{MO}	3	
niacor 500 mg TABLET ^{MO}	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	
nimodipine 30 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	5	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. ^{MO}	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
olmesartan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hctiazid 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{MO}	4	
pacerone 200 mg TABLET ^{MO}	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER ^{MO}	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	2	
prevalite 4 gram POWDER ^{MO}	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	4	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO}	4	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET ^{MO}	2	
spironolactone 100 mg TABLET ^{MO}	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
torse mide 20 mg TABLET ^{MO}	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	
triamterene 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET ^{MO}	1	
valsartan 160 mg, 320 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO}	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER ^{MO}	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET ^{MO}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(300 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE ^{MO}	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 90 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET ^{MO}	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	PA,QL(100 cada 365 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE ^{MO}	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO}	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA ^{MO}	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
naltrexone 50 mg TABLET ^{MO}	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET ^{MO}	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
perigard 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE ^{MO}	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA
adapalene 0.3 % GEL ^{MO}	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP ^{MO}	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM ^{MO}	2	
ammonium lactate 12 % LOTION ^{MO}	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
azelaic acid 15 % GEL ^{MO}	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM ^{MO}	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL ^{MO}	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
clindamycin phosphate 1 % GEL ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB ^{MO}	2	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL ^{MO}	4	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL ^{MO}	4	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM ^{MO}	4	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL ^{MO}	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clobetasol 0.05 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
desonide 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
desonide 0.05 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL ^{MO}	3	PA
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL ^{MO}	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL ^{MO}	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM ^{MO}	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION ^{MO}	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone butyrate 0.1 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION ^{MO}	4	
mometasone 0.1 % CREAM ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT ^{MO}	1	
permethrin 5 % CREAM ^{MO}	3	
pimecrolimus 1 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(100 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
podofilox 0.5 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT ^{MO}	4	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM ^{MO}	2	
SSD 1 % CREAM ^{MO}	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL ^{MO}	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL ^{MO}	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM ^{MO}	3	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
ZORYVE 0.15 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	4	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO}	4	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO}	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	2	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	2	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
glutamine (sickle cell) 5 gram POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	3	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE ^{MO}	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET ^{MO}	3	
MOVANTI 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK ^{MO}	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK ^{MO}	4	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
sucralfate 1 gram TABLET ^{MO}	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET ^{MO}	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC ^{MO}	4	
ursodiol 250 mg TABLET ^{MO}	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ursodiol 500 mg TABLET ^{MO}	4	
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULE ^{DL}	5	PA
XERMELO 250 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
dutasteride 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET ^{MO}	3	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	3	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET ^{MO}	4	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE ^{MO}	2	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET ^{MO}	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
abigale 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET ^{MO}	2	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
camila 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	4	QL(8 cada 28 días)
conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET ^{MO}	4	
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL ^{MO}	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE ^{MO}	3	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
drosiprone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
emzahn 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT ^{MO}	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
errin 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM ^{MO}	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	2	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
estradiol 10 mcg TABLET ^{MO}	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL ^{MO}	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING ^{MO}	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	
gallifrey 5 mg TABLET ^{MO}	3	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
jencycla 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	4	
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET ^{MO}	2	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET ^{MO}	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	2	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
luizza 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
luizza 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lyleq 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	4	
meleya 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
mili 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
mimvey 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{MO}	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT ^{MO}	3	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLET ^{MO}	2	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
norethindrone acetate 5 mg TABLET ^{MO}	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET ^{MO}	2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
ocella 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
orquidea 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET ^{MO}	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM ^{MO}	3	
progesterone 50 mg/ml OIL ^{MO}	3	
progesterone micronized 100 mg INSERT ^{MO}	4	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	
raloxifene 60 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
syeda 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP ^{MO}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL ^{MO}	3	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL ^{MO}	2	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
tulana 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET ^{MO}	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET ^{MO}	4	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE ^{DL}	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET ^{MO}	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION ^{MO}	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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 ^{MO}	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION ^{MO}	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM ^{MO}	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	3	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET ^{MO}	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET ^{MO}	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET ^{MO}	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT ^{MO}	4	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE ^{MO}	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	3	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET ^{MO}	2	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYOVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
azathioprine 50 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET ^{DL}	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE ^{MO}	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	BvsD
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT ^{DL}	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET ^{MO}	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION ^{DL}	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,MO}	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC ^{AV,MO}	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL,LA}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL,LA}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
atropine 1 % DROPS ^{MO}	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE ^{MO}	2	
azelastine 0.05 % DROPS ^{MO}	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT ^{MO}	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION ^{MO}	4	
betaxolol 0.5 % DROPS ^{MO}	2	
bimatoprost 0.01 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS ^{MO}	1	
carteolol 1 % DROPS ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS ^{MO}	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS ^{MO}	3	
cromolyn 4 % DROPS ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS ^{MO}	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS ^{MO}	2	
dorzolamide 2 % DROPS ^{MO}	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS ^{MO}	1	
dorzolamide-timolol (pf) 2-0.5 % DROPPERETTE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT ^{MO}	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS ^{MO}	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS ^{MO}	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS ^{MO}	3	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS ^{MO}	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL ^{MO}	4	
loteprednol etabonate 0.2 %, 0.5 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
loteprednol etabonate 0.5 % DROPS, GEL ^{MO}	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
moxifloxacin 0.5 % DROPS ^{MO}	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT ^{MO}	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	2	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS ^{MO}	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS ^{MO}	2	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS ^{MO}	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS ^{MO}	3	ST
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
sulfacetamide sodium 10 % DROPS ^{MO}	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS ^{MO}	2	
timolol 0.5 % DROPS ^{MO}	4	
timolol maleate 0.25 % DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION ^{MO}	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY ^{MO}	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE ^{MO}	4	
tobramycin 0.3 % DROPS ^{MO}	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	2	
travoprost 0.004 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS ^{MO}	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS ^{MO}	4	QL(2.5 cada 25 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER ^{MO}	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ramelteon 8 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE ^{MO}	3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS ^{MO}	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK ^{DL}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{MO}	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
EASYLIFE ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
mifepristone 300 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD ^{MO}	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
REZDIFFRA 100 MG, 60 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION ^{MO}	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS ^{MO}	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ANALGÉSICOS		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET ^{DL}	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY ^{DL}	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
diclofenac potassium 50 mg TABLET ^{MO}	2	
diclofenac sodium 1.5 % DROPS ^{MO}	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
ENDOCET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr PATCH. 72 HR. ^{DL}	4	QL(20 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION ^{DL}	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION ^{DL}	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	2	
ibuprofen 400 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER ^{MO}	2	
ketorolac 10 mg TABLET ^{MO}	2	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET ^{MO}	2	
meloxicam 15 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	3	QL(540 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
naproxen 500 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET ^{MO}	3	
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE ^{DL}	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
lidocaine 5 % OINTMENT ^{MO}	4	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR ^{MO}	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION ^{MO}	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM ^{MO}	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION ^{MO}	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION ^{MO}	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{DL}	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	
clonazepam 2 mg TABLET ^{DL}	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	4	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION ^{DL}	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET ^{MO}	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION ^{MO}	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin 875 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET ^{MO}	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET ^{MO}	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION ^{MO}	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET ^{MO}	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
azithromycin 250 mg TABLET ^{MO}	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE ^{MO}	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE ^{MO}	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK ^{MO}	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
cefixime 400 mg CAPSULE ^{MO}	4	
cefixime 400 mg TABLET ^{MO}	4	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	3	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
ceftaroline fosamil 400 mg, 600 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	
ceftriaxone in dextrose, iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET ^{MO}	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM ^{MO}	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
DIFICID 200 MG TABLET ^{DL}	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
fidaxomicin 200 mg TABLET ^{DL}	5	
fosfomicin tromethamine 3 gram PACKET ^{MO}	4	
gentamicin 0.1 % CREAM ^{MO}	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT ^{MO}	3	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	
levofloxacin 500 mg TABLET ^{MO}	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET ^{MO}	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL ^{MO}	3	
metronidazole 0.75 % CREAM ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 % LOTION ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL ^{MO}	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP ^{MO}	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE ^{MO}	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET ^{MO}	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{DL}	5	
neomycin 500 mg TABLET ^{MO}	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	3	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION ^{MO}	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION ^{MO}	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION ^{DL}	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT ^{MO}	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION ^{MO}	4	QL(118 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sulfadiazine 500 mg TABLET ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET ^{MO}	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
trimethoprim 100 mg TABLET ^{MO}	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(600 cada 30 días)
brivaracetam 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
carbamazepine 200 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET ^{DL}	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT ^{DL}	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{MO}	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
epitol 200 mg TABLET ^{MO}	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	4	PA
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	PA
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION ^{DL,LA}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION ^{MO}	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION ^{MO}	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE ^{MO}	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET ^{MO}	2	
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION ^{MO}	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR ^{MO}	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE ^{MO}	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
roweepra 500 mg TABLET ^{MO}	1	
rufinamide 200 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE ^{MO}	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION ^{MO}	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO}	4	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(1080 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
amitriptyline 25 mg TABLET ^{MO}	4	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE ^{MO}	4	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg TABLET ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MO}	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	2	
mirtazapine 45 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET ^{MO}	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO}	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
trazodone 300 mg TABLET ^{MO}	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO}	2	
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	2	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO}	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	4	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION ^{MO}	3	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ciclodan 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL ^{MO}	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM ^{MO}	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION ^{MO}	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE ^{MO}	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION ^{MO}	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
fluconazole 150 mg TABLET ^{MO}	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{DL}	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET ^{MO}	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK ^{DL}	5	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK ^{DL}	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY ^{MO}	3	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
nystatin 100,000 unit/gram CREAM ^{MO}	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION ^{MO}	2	
nystatin 500,000 unit TABLET ^{MO}	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM ^{MO}	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT ^{MO}	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC ^{DL}	5	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION ^{DL}	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET ^{MO}	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM ^{MO}	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY ^{MO}	3	
voriconazole 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{MO}	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET ^{MO}	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE ^{MO}	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA
TRECTOR 250 MG TABLET ^{MO}	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK ^{DL}	5	PA,QL(66 cada 28 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
bexarotene 1 % GEL ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BRUKINSA 160 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
exemestane 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	2	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{MO}	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
HYRNUO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
imatinib 100 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET ^{DL}	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INLURIYO 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI XR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>lapatinib 250 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE^{DL}</i>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{DL}	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(7 cada 21 días)
LIFYORLI 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 150 MG/DAY(100 MG X1-25MG X2) CAPSULE ^{DL}	5	PA
lomustine 10 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{DL}	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	
mercaptopurine 50 mg TABLET ^{MO}	3	
mesna 400 mg TABLET ^{DL}	5	
mitomycin 20 mg, 5 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
mitomycin 40 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MODEYSO 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
MVASI 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
NERLYNX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL ^{DL}	5	PA
pazopanib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
QINLOCK 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	
sorafenib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{MO}	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSE 40 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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 ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>toremifene 60 mg TABLET^{DL}</i>	5	QL(30 cada 30 días)
<i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
<i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE^{DL}</i>	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>valrubicin 40 mg/ml SOLUTION^{DL}</i>	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
XALKORI 150 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XALKORI 20 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
yulithira 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET ^{MO}	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET ^{MO}	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET ^{MO}	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET ^{MO}	4	
mefloquine 250 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET ^{MO}	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET ^{MO}	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSIKÓTIKOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	4	PA
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
clozapine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clozapine 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET ^{MO}	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET ^{MO}	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(270 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
molindone 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	3	
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET ^{MO}	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER ^{DL}	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitita-rilpivirine-tenofov 200-25-300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
IDVYNSO 100-0.25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL}	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ribavirin 200 mg TABLET ^{MO}	3	
rilpivirine hcl 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
rimantadine 100 mg TABLET ^{MO}	3	
ritonavir 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
valganciclovir 450 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP ^{MO}	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL ^{MO}	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION ^{MO}	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE ^{MO}	4	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION ^{MO}	2	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET ^{MO}	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET ^{MO}	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE ^{MO}	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION ^{MO}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
klor-con 10 10 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
levocarnitine 330 mg TABLET ^{MO}	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE ^{MO}	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO}	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
penicillamine 250 mg TABLET ^{DL}	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID ^{MO}	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER ^{MO}	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET ^{MO}	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE ^{MO}	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION ^{MO}	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER ^{MO}	3	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION ^{MO}	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION ^{MO}	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
trientine 500 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET ^{MO}	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE ^{MO}	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
clopidogrel 300 mg TABLET ^{MO}	4	
clopidogrel 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	3	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE ^{MO}	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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 ^{MO}	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
warfarin 5 mg TABLET ^{MO}	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 5-1,000 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
glimepiride 1 mg TABLET ^{MO}	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 15 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,DL}	5	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET ^{MO}	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{CI,MO}	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION ^{CI,MO}	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION ^{CI,MO}	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
sitagliptin phosphate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(2 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
chlorzoxazone 500 mg TABLET ^{MO}	4	
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(32.1 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION ^{MO}	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(10.7 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION ^{MO}	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION ^{MO}	2	BvsD
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
macitentan 10 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
UPTRAVI 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT ^{DL}	5	PA
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER ^{DL}	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{MO}	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	5	
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER ^{DL}	5	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET ^{DL}	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D		
24 hour allergy relief 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml LIQUID	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid reducer complete (famot) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer-antacid 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
ACNE MEDICATION 10 % LOTION	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
ala-hist ir 2 mg TABLET	*	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-ease 180 mg TABLET	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	*	
allergy relief (fluticasone) 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
allergy relief(chlorpheniramn) 4 mg TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	*	
allergy-time 4 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	*	
ammonium lactate 12 % CREAM	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	
anti-itch (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
artificial tears(pvalch-povid) 0.5-0.6 % DROPS	*	
aspirin 300 mg SUPPOSITORY	*	
aspirin 325 mg TABLET	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
BACMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
benzoyl peroxide 5 % CLEANSER	*	
BETADINE 10 % SOLUTION	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
budesonide 32 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
calcium carbonate-vitamin d3 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPPERETTE	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPS	*	
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	*	
cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's allergy relief(fex) 30 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
chromium chloride 4 mcg/ml SOLUTION	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
copper chloride 0.4 mg/ml SOLUTION	*	
corvita 1.25-2.5-7 mg TABLET	*	
CORVITE 1.25-2.5-7 MG TABLET	*	
cupric chloride 0.4 mg/ml SOLUTION	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	*	
DIALYVITE 1-100-300-50 MG-MG-MCG-MG, 100-1 MG TABLET	*	
DIALYVITE 3000 3-70-15 MG-MCG-MG TABLET	*	
DIALYVITE 5000 5 MG TABLET	*	
DIALYVITE SUPREME D 3-2,000 MG-UNIT TABLET	*	
dimetane (diphenhydramine hcl) 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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	*	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ENLYTE (IRON) 1.5 MG IRON- 8.73 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
EYE ITCH RELIEF 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml LIQUID	*	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron), 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 650 MG, 80 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	*	
first aid antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
FIRST AID ANTISEPTIC(POVIDONE) 10 % OINTMENT	*	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	*	
FLORAFOL FE PEDIATRIC 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML DROPS	*	
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI 0.25 MG FLUORIDE/ML DROPS	*	
flotrex 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
folic acid 1 mg TABLET	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 0.3 % GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 94-3 % OINTMENT	*	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
HISTAFLEX 325-25 MG TABLET	*	
HISTEX (TRIPROLIDINE) 2.5 MG/5 ML LIQUID	*	
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROPS	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 1 % CREAM	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
ibu-200 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen 200 mg CAPSULE	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
ibuprofen ib 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen-acetaminophen 125-250 mg TABLET	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
K-PHOS-NEUTRAL 250 MG TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
lansoprazole 15 mg CAPSULE, DR/EC	*	QL(60 cada 30 días)
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lidocaine 4 % CREAM	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loratadine 10 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lubricant eye 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPS	*	
lubrifresh pm 83-15 % OINTMENT	*	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
MAG-AL 200-200 MG/5 ML SUSPENSION	*	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg TABLET	*	
manganese chloride 0.1 mg/ml SOLUTION	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg/15 ml LIQUID	*	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-%, 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % SOLUTION W/APPLICATOR	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-7 2 % CREAM	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
multi-vit with fluoride-iron 0.25mg fluoride -10 mg iron/ml DROPS	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg CAPSULE	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
NASCOBAL 500 MCG/SPRAY SPRAY, NON-AEROSOL	*	
NEPHPLEX RX 1-60-300-12.5 MG-MG-MCG-MG TABLET	*	
new day 1.5 mg TABLET	*	
niacin 500 mg CAPSULE, ER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	*	
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	*	
niva-fol 2.5-25-2 mg TABLET	*	
omeprazole 20 mg TABLET, DR/EC	*	
omeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium-vit d3 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	*	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	*	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROPS	*	
PEDIAVENT 2 MG/5 ML LIQUID	*	
phospha 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin k500 500 mg TABLET, SOLUBLE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	*	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET	*	
pink bismuth 262 mg TABLET	*	
pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN) 0.25 MG FLUORIDE, 0.5 MG FLUORIDE, 1 MG FLUORIDE CHEWABLE TABLET	*	
POLY-VI-FLOR DROPS 0.25 MG FLUORIDE/ML DROPS	*	
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO) 0.25MG FLUORIDE -7 MG IRON/ML DROPS	*	
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN) 0.5 MG FLUORIDE -10 MG IRON CHEWABLE TABLET	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
polyvinyl alcohol 1.4 % DROPS	*	
povidone-iodine 10 % SOLUTION	*	
proctozone-b 10 mg SUPPOSITORY	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
QUFLORA FE 9-0.25 MG CHEWABLE TABLET	*	
QUFLORA FE (FERROUS SULFATE) 9.5-0.25 MG/ML DROPS	*	
QUFLORA PEDIATRIC 0.25MG FLUORIDE (0.55 MG), 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG), 1 MG FLUORIDE (2.2 MG) CHEWABLE TABLET	*	
QUFLORA PEDIATRIC DROPS 0.25MG FLUORIDE (0.55 MG)/ML, 0.5 MG FLUORIDE (1.1 MG)/ML DROPS	*	
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
REFRESH CELLUVISC 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH LIQUIGEL 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH PLUS 0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH TEARS 0.5 % DROPS	*	
renal caps 1 mg CAPSULE	*	
reno caps 1 mg CAPSULE	*	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
stomach relief 262 mg TABLET	*	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
STROVITE FORTE 10-1 MG TABLET	*	
STROVITE ONE 1-1,000-15-5 MG-UNIT-MG-MG TABLET	*	
SYSTANE GEL 0.3 % GEL	*	
SYSTANE NIGHTTIME 94-3 % OINTMENT	*	
tension headache 500-65 mg TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tolnaftate 1 % CREAM	*	
tolnaftate 1 % POWDER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	*	
ultra lido 4 % CREAM	*	
vit 3 500 mg-500 mcg -1 mg-12.5 mg CAPSULE	*	
VITAL-D RX 1,750-60-1-12.5 UNIT-MG-MG-MG TABLET	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	<u>1</u>	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION	*	
wes-phos 250 neutral 250 mg TABLET	*	
wescaps 1 mg CAPSULE	*	
westab max 2.5-25-2 mg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D - AUTORIZACION PREVIA		
benzphetamine 50 mg TABLET	*	
diethylpropion 25 mg TABLET	*	
diethylpropion 75 mg TABLET ER	*	
IMCIVREE 10 MG/ML SOLUTION	*	
liraglutide (weight loss) 3 mg/0.5 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR	*	
lomaira 8 mg TABLET	*	
orlistat 120 mg CAPSULE	*	
phendimetrazine tartrate 105 mg CAPSULE, ER	*	
phendimetrazine tartrate 35 mg TABLET	*	
phentermine 15 mg, 30 mg, 37.5 mg CAPSULE	*	
phentermine 37.5 mg, 8 mg TABLET	*	
phentermine-topiramate 11.25-69 mg, 15-92 mg, 3.75-23 mg, 7.5-46 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR.	*	QL(30 cada 30 días)
SAXENDA 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR	*	
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	*	
WEGOVY HD 7.2 MG/0.75 ML PEN INJECTOR	*	
XENICAL 120 MG CAPSULE	*	
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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML SOLUTION	*	
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML), 12.5 MG/0.6 ML (50 MG/2.4 ML), 15 MG/0.6 ML (60 MG/2.4 ML), 2.5 MG/0.6 ML (10 MG/2.4 ML), 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML), 7.5 MG/0.6 ML (30 MG/2.4 ML) PEN INJECTOR	*	QL(2.4 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist). Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



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.

#		
	24 hour allergy relief	95
	3-day vaginal	95
	8 hour pain reliever	95
	8hr muscle aches-pain	95
A		
	abacavir	80
	abacavir-lamivudine	80
	ABELCET	66
	abigale	32
	abigale lo	32
	ABILIFY ASIMTUFII	77
	ABILIFY MAINTENA	77
	abiraterone	68
	abirtega	68
	ABRYOVO (PF)	41
	acamprosate	26
	acarbose	89
	acutane	28
	acebutolol	19
	acetaminophen	95
	acetaminophen-codeine	52
	acetazolamide	19
	acetic acid	55
	acetylcysteine	92
	acid gone antacid	95
	acid reducer (famotidine)	95
	acid reducer complete (famot)	95
	acid reducer-antacid	95
	acitretin	28
	ACNE MEDICATION	95
	ACTHIB (PF)	41
	ACTIMMUNE	41
	acyclovir	80
	acyclovir sodium	80
	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	41
	ADALIMUMAB-ADAZ	41
	ADALIMUMAB-ADBM	42
	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	42
	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	42
	adapalene	28
	adefovir	80
	ADEMPAS	92
	ADSTILADRIN	49
	adult aspirin regimen	95
	ADVAIR HFA	92
	afirmelle	32
	AIRSUPRA	92
	AKEEGA	68
	ala-hist ir	95
	ALAWAY	95
	albendazole	76
	albuterol sulfate	92
	ALCOHOL PADS	49
	ALCOHOL PREP PADS	49
	ALCOHOL SWABS	49
	ALCOHOL WIPES	49
	ALECENSA	68

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

alendronate	25	amethyst (28)	32
alfuzosin	32	amikacin	55
aliskiren	19	amiloride	19
all day allergy (cetirizine)	95	amiloride-hydrochlorothiazide	19
all day pain relief	95	aminophylline	92
all day relief	95	AMINOSYN II 10 %	83
ALLER-CHLOR	96	AMINOSYN II 15 %	83
aller-ease	96	AMINOSYN-PF 10 %	83
aller-g-time	96	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	83
allergy	96	amiodarone	19
allergy (chlorpheniramine)	96	amitriptyline	64
allergy (diphenhydramine)	96	amlodipine	19
allergy relief (cetirizine)	96	amlodipine-atorvastatin	19
allergy relief (fexofenadine)	96	amlodipine-benazepril	19
allergy relief (fluticasone)	96	amlodipine-olmesartan	19
allergy relief (loratadine)	96	amlodipine-valsartan	19
allergy relief(chlorpheniramn)	96	ammonium lactate	28, 96
allergy relief(diphenhydramin)	96	amnestem	28
allergy-time	96	amoxapine	64
allopurinol	17	amoxicillin	55
almacone-2	96	amoxicillin-pot clavulanate	55
alosetron	30	amphotericin b	66
alprazolam	54	amphotericin b liposome	66
altavera (28)	32	ampicillin	55
alum-mag hydroxide-simeth	96	ampicillin sodium	56
aluminum hydroxide gel	96	ampicillin-sulbactam	56
ALUNBRIG	68	anagrelide	88
alyacen 1/35 (28)	32	anastrozole	68
alyacen 7/7/7 (28)	32	ANKTIVA	68
alyq	92	antacid (calcium carbonate)	96
amantadine hcl	18	antacid anti-gas	96
ambrisentan	92	antacid ext str (calcium carb)	96
amethia	32	antacid regular strength	96

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

antacid ultra strength	96	atovaquone	76
antacid-antigas	96	atovaquone-proguanil	76
anti-diarrheal (loperamide)	96	atropine	46
anti-itch (hc)	96	ATROPINE SULFATE (PF)	46
antifungal (clotrimazole)	96	ATROVENT HFA	92
antifungal (miconazole)	96	aubra	33
antifungal (tolnaftate)	96	aubra eq	33
apomorphine	18	AUGTYRO	68
aprepitant	65	aurovela 1.5/30 (21)	33
apri	32	aurovela 1/20 (21)	33
APTIVUS	80	aurovela 24 fe	33
aranelle (28)	32	aurovela fe 1-20 (28)	33
ARCALYST	42	aurovela fe 1.5/30 (28)	33
AREXVY (PF)	42	AUSTEDO	26
arformoterol	92	AUSTEDO XR	26
ARIKAYCE	56	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	26
aripiprazole	77	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	49
ARISTADA	77	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	49
ARISTADA INITIO	77	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	49
ARMOUR THYROID	40	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49
ARNUITY ELLIPTA	92	AUVELITY	64
arthritis pain relief (acetam)	97	AUVI-Q	92
artificial tears(pvalch-povid)	97	aviane	33
asenapine maleate	77	AVMAPKI-FAKZYNJA	68
ashlyna	32	ayuna	33
aspirin	97	AYVAKIT	68
aspirin,buffd-calcium carb-mag	97	azacitidine	68
atazanavir	80	azathioprine	42
atenolol	19	azelaic acid	28
atenolol-chlorthalidone	19	azelastine	46, 92
athlete's foot (clotrimazole)	97	azithromycin	56
atomoxetine	26	aztreonam	56
atorvastatin	19	azurette (28)	33

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

B

BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50
bacitracin	46, 56	BELSOMRA	48
bacitracin-polymyxin b	46	benazepril	19
baclofen	17	benazepril-hydrochlorothiazide	19
BACMIN	97	BENLYSTA	42
bal-care dha	83	benzoyl peroxide	97
balsalazide	25	benzphetamine	104
BALVERSA	68	benztropine	18
balziva (28)	33	BESREMI	42
BAND-AID GAUZE PADS	49	BETADINE	97
banophen	97	BETADINE OPHTHALMIC PREP	46
BAQSIMI	89	betaine	94
BARACLUDE	80	betamethasone acet,sod phos	39
BAVENCIO	68	betamethasone dipropionate	28
BCG VACCINE, LIVE (PF)	42	betamethasone valerate	28
BD ALCOHOL SWABS	49	betamethasone, augmented	28
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	betaxolol	46
BD ECLIPSE LUER-LOK	49	bethanechol chloride	32
BD INSULIN SYRINGE	49	bexarotene	68
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	49	BEXSERO	42
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	49	bicalutamide	68
BD INSULIN SYRINGE U-500	49	BICILLIN C-R	56
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	49	BICILLIN L-A	56
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	49	BIKTARVY	80
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	49	bimatoprost	46
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	49	bisacodyl	97
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	49	bismuth subsalicylate	97
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	49	bisoprolol fumarate	20
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	49	bisoprolol-hydrochlorothiazide	20
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	49	blisovi 24 fe	33
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	49	blisovi fe 1.5/30 (28)	33
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	49	blisovi fe 1/20 (28)	33
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	50	BOOSTRIX TDAP	42

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

BORDERED GAUZE	50	calcipotriene	28
BORTEZOMIB	68	calcitonin (salmon)	25
BOSULIF	68	calcitriol	25
BRAFTOVI	68	calcium antacid	97
BREO ELLIPTA	92	calcium carbonate	97
BREZTRI AEROSPHERE	92	calcium carbonate-vitamin d3	97
briellyn	33	calcium chloride	83
brimonidine	46	calcium gluconate	83
brivaracetam	60	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	69
BRIVIACT	60	camila	33
bromocriptine	18	camrese	33
BRUKINSA	69	camrese lo	33
budesonide	25, 93, 97	candesartan	20
bumetanide	20	candesartan-hydrochlorothiazid	20
bupivacaine (pf)	54	CAPLYTA	77
bupivacaine hcl	54	CAPRELSA	69
buprenorphine	52	captopril	20
buprenorphine hcl	26	captopril-hydrochlorothiazide	20
buprenorphine-naloxone	26	carbamazepine	60
bupropion hcl	64	carbidopa	18
bupropion hcl (smoking deter)	26	carbidopa-levodopa	18
bupirone	54, 55	carbidopa-levodopa-entacapone	19
butalbital-acetaminophen-caff	50	carboxymethylcellulose sodium	97
BYSANTI	77	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	50
BYSANTI TITRATION PACK A	77	carglumic acid	83
BYSANTI TITRATION PACK B	77	carteolol	46
BYSANTI TITRATION PACK C	77	cartia xt	20
C			
c-nate dha	83	carvedilol	20
CABENUVA	80	caspofungin	66
cabergoline	40	CAYSTON	93
CABOMETYX	69	cefaclor	56
cal-gest antacid	97	cefadroxil	56
		cefazolin	56

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

cefazolin in dextrose (iso-os)	56	children's ibuprofen	98
cefdinir	56	children's mapap	98
cefepime	56	children's pain relief	98
cefepime in dextrose 5 %	56	children's pain reliever	98
cefepime in dextrose,iso-osm	56	children's pain-fever relief	98
cefixime	56	chlorhexidine gluconate	28
cefotetan	56	chloroquine phosphate	76
cefoxitin	56	chlorpromazine	77
cefoxitin in dextrose, iso-osm	56	chlorthalidone	20
cefpodoxime	57	chlorzoxazone	92
cefprozil	57	cholecalciferol (vitamin d3)	98
ceftaroline fosamil	57	cholestyramine (with sugar)	20
ceftazidime	57	cholestyramine light	20
ceftriaxone	57	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	39
ceftriaxone in dextrose,iso-os	57	chromium chloride	98
cefuroxime axetil	57	ciclodan	66
cefuroxime sodium	57	ciclopirox	66
celecoxib	52	cidofovir	80
cephalexin	57	cilostazol	88
CEQR SIMPLICITY	50	CIMDUO	80
CEQR SIMPLICITY INSERTER	50	cimetidine	30
cetirizine	93, 97	cimetidine hcl	30
chateal eq (28)	33	cinacalcet	25
CHEMET	84	ciprofloxacin hcl	46, 57
child allergy relf(cetirizine)	97	ciprofloxacin in 5 % dextrose	57
child pain rel-fever reducer	97	citalopram	64
child's all day allergy(cetir)	97	claravis	28
children's acetaminophen	97	clarithromycin	57
CHILDREN'S ALAWAY	97	clearlax	98
children's allergy (diphenhyd)	97	clindamycin hcl	57
children's allergy relief(fex)	98	clindamycin in 0.9 % sod chlor	57
children's allergy relief(lor)	98	clindamycin in 5 % dextrose	57
children's cetirizine	98	clindamycin palmitate hcl	57

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

clindamycin pediatric	57	COBENFY	50
clindamycin phosphate	28, 57	COBENFY STARTER PACK	50
clindamycin-benzoyl peroxide	28	COLACE	98
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	84	colchicine	17
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	84	colestipol	20
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	84	colistin (colistimethate na)	57
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	84	COMBIGAN	46
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	84	COMBIPATCH	33
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	84	COMBIVENT RESPIMAT	93
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	84	COMETRIQ	69
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	84	complete natal dha	84
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	84	compro	65
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	84	conjugated estrogens	33
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	84	constulose	30
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	84	COPIKTRA	69
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	84	copper chloride	98
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	84	corvita	98
CLINISOL SF 15 %	84	CORVITE	98
CLINOLIPID	84	COSENTYX	42
clobazam	61	COSENTYX (2 SYRINGES)	42
clobetasol	28, 29	COSENTYX PEN	42
clobetasol-emollient	29	COSENTYX PEN (2 PENS)	42
clomipramine	64	COSENTYX UNOREADY PEN	42
clonazepam	55	COTELLIC	69
clonidine	20	CREON	94
clonidine hcl	20	CRESEMBA	66
clopidogrel	88	cromolyn	46, 93
clorazepate dipotassium	55	cryselle (28)	33
clotrimazole	66, 98	cupric chloride	98
clotrimazole-3	98	CURITY ALCOHOL SWABS	50
clotrimazole-betamethasone	66	CURITY GAUZE	50
clozapine	77, 78	cyanocobalamin (vitamin b-12)	98
COARTEM	76	cyclobenzaprine	92

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

cyclophosphamide	69	deferasirox	84
cyclosporine	42, 47	DELSTRIGO	80
cyclosporine modified	42	DENGVAXIA (PF)	42
CYRAMZA	69	DEPO-ESTRADIOL	33
cyred	33	DEPO-SUBQ PROVERA 104	33
cyred eq	33	DERMACEA	50
CYSTAGON	94	DESCOVY	80
CYSTARAN	47	desipramine	64
D			
d10 %-0.45 % sodium chloride	84	desloratadine	93
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	84	desmopressin	39
d5 % and 0.9 % sodium chloride	84	desog-e.estradiol/e.estradiol	33
d5 %-0.45 % sodium chloride	84	desonide	29
dabigatran etexilate	88	desvenlafaxine succinate	64
danazol	33	dexamethasone	39
DANYELZA	69	dexamethasone intensol	39
DANZITEN	69	dexamethasone sodium phos (pf)	39
dapagliflozin	89	dexamethasone sodium phosphate	39, 47
dapagliflozin-metformin	89	dexmethylphenidate	26
dapsone	67	dextroamphetamine sulfate	26, 27
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	42	dextroamphetamine-amphetamine	27
daptomycin	57	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	84
daptomycin in 0.9 % sod chlor	57	dextrose 10 % in water (d10w)	84
darunavir	80	dextrose 20 % in water (d20w)	84
DARZALEX	69	dextrose 25 % in water (d25w)	84
DARZALEX FASPRO	69	dextrose 30 % in water (d30w)	84
dasatinib	69	dextrose 40 % in water (d40w)	85
dasetta 1/35 (28)	33	dextrose 5 % in water (d5w)	85
dasetta 7/7/7 (28)	33	dextrose 5 %-lactated ringers	85
DAURISMO	69	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	85
daysee	33	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	85
deblitane	33	dextrose 50 % in water (d50w)	85
decitabine	69	dextrose 70 % in water (d70w)	85
		DIACOMIT	61

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

DIALYVITE	98	dotti	34
DIALYVITE 3000	98	DOVATO	80
DIALYVITE 5000	98	doxazosin	20
DIALYVITE SUPREME D	98	doxepin	55
diazepam	55, 61	doxercalciferol	25
diazepam intensol	55	doxy-100	58
diazoxide	89	doxycycline hyclate	58
diclofenac potassium	52	doxycycline monohydrate	58
diclofenac sodium	29, 47, 52	DRIZALMA SPRINKLE	27
dicloxacillin	58	dronabinol	65
dicyclomine	30	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50
didanosine	80	DROPLET INSULIN SYRINGE	50
diethylpropion	104	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	50
DIFICID	58	DROPLET PEN NEEDLE	50
digoxin	20	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	50
dihydroergotamine	18	DROPSAFE PEN NEEDLE	50
DILANTIN	61	drospirenone-ethinyl estradiol	34
dilt-xr	20	DROXIA	50
diltiazem hcl	20	dual action complete	98
dimetane (diphenhydramine hcl)	98	dual action pain reliever	98
dimethyl fumarate	27	DUAVEE	34
diphedryl	98	duloxetine	27
diphenhydramine hcl	93, 98	DUPIXENT PEN	42
diphenoxylate-atropine	30	DUPIXENT SYRINGE	42, 43
disulfiram	26	dutasteride	32
divalproex	61	dutasteride-tamsulosin	32
docusate sodium	98	E	
dofetilide	20	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	50
dolishale	33	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	50
donepezil	17	EASYLIFE ALCOHOL PADS	51
dorzolamide	47	econtra ez	98
dorzolamide-timolol	47	econtra one-step	98
dorzolamide-timolol (pf)	47	ed chlorped jr	99

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

ed-apap	99	ENBREL	43
EDURANT	80	ENBREL MINI	43
EDURANT PED	81	ENBREL SURECLICK	43
efavirenz	81	ENDOCET	52
efavirenz-emtricitabin-tenofov	81	ENDOMETRIN	34
efavirenz-lamivu-tenofov disop	81	enema	99
electrolyte-148	85	enema disposable	99
electrolyte-48 in d5w	85	ENGERIX-B (PF)	43
electrolyte-a	85	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	43
ELELYSO	94	enilloring	34
eletriptan	18	ENLYTE (IRON)	99
ELIGARD	40	enoxaparin	88
ELIGARD (3 MONTH)	40	enpresse	34
ELIGARD (4 MONTH)	40	ENSACOVE	69
ELIGARD (6 MONTH)	40	enskyce	34
elinest	34	entacapone	19
ELIQUIS	88	entecavir	81
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	88	ENTRESTO SPRINKLE	21
ELIQUIS SPRINKLE	88	enulose	30
ELMIRON	32	ENVARUSUS XR	43
eluryng	34	EPCLUSA	81
EMCYT	69	EPIDIOLEX	61
EMGALITY PEN	18	epinephrine	93
EMGALITY SYRINGE	18	epitol	61
EMPLICITI	69	EPRONTIA	61
EMSAM	64	ERBITUX	69
emtricitá-rilpivirine-tenof df	81	ergocalciferol (vitamin d2)	99
emtricitabine	81	ergotamine-caffeine	18
emtricitabine-tenofov (tdf)	81	ERIVEDGE	69
EMTRIVA	81	ERLEADA	69
emzahh	34	erlotinib	69
enalapril maleate	20	errin	34
enalapril-hydrochlorothiazide	21	ertapenem	58

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

ERYTHROCIN	58	famotidine (pf)	30
erythromycin	47, 58	FANAPT	78
erythromycin lactobionate	58	FANAPT TITRATION PACK A	78
erythromycin with ethanol	29	FANAPT TITRATION PACK B	78
escitalopram oxalate	64	FANAPT TITRATION PACK C	78
eslicarbazepine	61	FARXIGA	89
esomeprazole magnesium	30	FASENRA PEN	93
estarylla	34	fe-vite	99
estradiol	34	febuxostat	17
estradiol valerate	34	feirza	34
estradiol-norethindrone acet	34	felbamate	61
ESTRING	34	felodipine	21
eszopiclone	48	FEMLYV	34
ethambutol	67	fenofibrate	21
ethosuximide	61	fenofibrate micronized	21
ethynodiol diac-eth estradiol	34	fenofibrate nanocrystallized	21
etodolac	52	fenofibric acid	21
etonogestrel-ethinyl estradiol	34	fentanyl	53
etravirine	81	ferosul	99
EULEXIN	69	ferro-time	99
everolimus (antineoplastic)	69, 70	ferrous sulfate	99
everolimus (immunosuppressive)	43	fesoterodine	32
EVOTAZ	81	FETZIMA	64
exemestane	70	FEVERALL	99
EXXUA	64	fexofenadine	99
EYE ITCH RELIEF	99	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	89
EYSUVIS	47	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	89
ezetimibe	21	FIASP U-100 INSULIN	89
ezetimibe-simvastatin	21	fidaxomicin	58
F			
falmina (28)	34	finasteride	32
famciclovir	81	fingolimod	27
famotidine	30, 99	FINTEPLA	61
		FIRMAGON	40

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	40	FORTEO	25
first aid antibiotic	99	fosamprenavir	81
FIRST AID ANTISEPTIC(POVIDONE)	99	fosfomicin tromethamine	58
flecainide	21	fosinopril	21
fleet bisacodyl	99	fosinopril-hydrochlorothiazide	21
fleet docusate	99	fosphenytoin.....	61
FLEET ENEMA	99	FOTIVDA	70
FLEET PEDIATRIC	99	FRUZAQLA	70
FLORAFOL FE PEDIATRIC	99	furosemide	21
FLORAFOL PEDIATRIC MULTIVITAMI	99	FUZEON.....	81
flotrex	99	FYCOMPA	61
fluconazole	66		
fluconazole in nacl (iso-osm)	66	G	
flucytosine	66	gabapentin	61
fludrocortisone	39	galantamine	17
flunisolide	93	gallifrey.....	34
fluocinolone	29	GAMUNEX-C	43
fluocinolone acetonide oil	17	GARDASIL 9 (PF)	43
fluocinolone and shower cap	29	gatifloxacin	47
fluocinonide	29	GAUZE BANDAGE	51
fluorometholone	47	GAUZE PAD	51
fluorouracil	29, 70	gavilyte-c	30
fluoxetine	64	gavilyte-g	30
fluphenazine decanoate	78	gavilyte-n	30
fluphenazine hcl	78	GAVRETO	70
flurbiprofen	53	GAZYVA.....	70
flurbiprofen sodium	47	gefitinib.....	70
fluticasone propion-salmeterol	93	gemfibrozil	21
fluticasone propionate	29, 93, 99	GEMTESA	32
fluvastatin	21	generlac	31
fluvoxamine	64	gentamicin	47, 58
folic acid	99	gentamicin in nacl (iso-osm).....	58
FOLTRATE	99	gentamicin sulfate (ped) (pf)	58
		GENTEAL TEARS SEVERE GEL	99

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT)	99	heather	34
gentle laxative (bisacodyl)	99, 100	heparin (porcine)	88
GENVOYA	81	heparin, porcine (pf)	88
GILOTRIF	70	HEPLISAV-B (PF)	43
glatiramer	27	HERNEXEOS	70
glatopa	27	HIBERIX (PF)	43
GLEOSTINE	70	HISTAFLEX	100
glimepiride	89	HISTEX (TRIPROLIDINE)	100
glipizide	89	HISTEX PD	100
glipizide-metformin	89	HUMIRA	43
glutamine (sickle cell)	31	HUMIRA PEN	43
GLYCOPHOS	85	HUMIRA(CF)	43
glycopyrrolate	31	HUMIRA(CF) PEN	43
GLYXAMBI	90	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	43
GOMEKLI	70	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	43
granisetron hcl	65	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	90
griseofulvin microsize	66	hydralazine	21
griseofulvin ultramicrosize	67	hydrochlorothiazide	21
guanfacine	21, 27	hydrocodone-acetaminophen	53
H			
HAEGARDA	43	hydrocodone-ibuprofen	53
hailey	34	hydrocortisone	25, 29, 100
hailey 24 fe	34	hydrocortisone acetate	100
hailey fe 1.5/30 (28)	34	hydrocortisone butyrate	29
hailey fe 1/20 (28)	34	hydrocortisone plus	100
haloette	34	hydrocortisone-acetic acid	17
haloperidol	78	hydrocortisone-aloe vera	100
haloperidol decanoate	78	hydromorphone	53
haloperidol lactate	78	hydroxocobalamin	100
HAVRIX (PF)	43	hydroxychloroquine	76
healthylax	100	hydroxyurea	70
heartburn relief	100	hydroxyzine hcl	55
heartburn relief (famotidine)	100	hydroxyzine pamoate	93
		HYRNUO	70

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

I

ibandronate	25	infant's acetaminophen	100
IBRANCE	70	infant's ibuprofen	100
IBTROZI	70	infants' pain and fever	100
ibu	53	INLEXZO	70
ibu-200	100	INLURIYO	71
ibuprofen	53, 100	INLYTA	71
ibuprofen ib	100	INQOVI	71
ibuprofen jr strength	100	INREBIC	71
ibuprofen-acetaminophen	100	INSULIN ASPART U-100	90
icatibant	43	INSULIN LISPRO	90
iclevia	34	INSULIN SYRINGE MICROFINE	51
ICLUSIG	70	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	51
IDHIFA	70	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	51
IDVYNSO	81	INTELENCE	81
ILEVRO	47	INTRALIPID	85
imatinib	70	introvale	35
IMBRUVICA	70	INVEGA HAFYERA	78
IMCIVREE	104	INVEGA SUSTENNA	78
IMFINZI	70	INVEGA TRINZA	78
imipenem-cilastatin	58	IONOSOL-MB IN D5W	85
imipramine hcl	64	IPOL	43
imiquimod	29	ipratropium bromide	93
IMJUDO	70	ipratropium-albuterol	93
IMKELDI	70	irbesartan	21
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	43	irbesartan-hydrochlorothiazide	21
IMPAVIDO	76	iron	100
incassia	34	ISENTRESS	81
INCONTROL ALCOHOL PADS	51	ISENTRESS HD	81
INCRELEX	39	isibloom	35
indapamide	21	ISOLYTE S PH 7.4	85
indomethacin	53	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	85
INFANRIX (DTAP) (PF)	43	ISOLYTE-S	85
		isoniazid	67

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

isosorbide dinitrate	21	junel fe 24	35
isosorbide mononitrate	21	JYLAMVO	43
isosorbide-hydralazine	22	JYNARQUE	85
isotretinoin	29	JYNNEOS (PF)	44
itch relief (hc) with aloe	100		
ITOVEBI	71	K	
itraconazole	67	K-PHOS-NEUTRAL	100
IV PREP WIPES	51	KABIVEN	85
ivabradine	22	KALETRA	81
ivermectin	76	kalliga	35
IWILFIN	71	KANJINTI	71
IXIARO (PF)	43	kariva (28)	35
		kelnor 1/35 (28)	35
J		kelnor 1/50 (28)	35
jaimiess	35	KERENDIA	22
JAKAFI	71	KESIMPTA PEN	27
JAKAFI XR	71	ketoconazole	67
jantoven	88	ketorolac	47, 53
JANUMET	90	ketotifen fumarate	100
JANUMET XR	90	KEYTRUDA	71
JANUVIA	90	KEYTRUDA QLEX	71
JARDIANCE	90	KINRIX (PF)	44
jasmiel (28)	35	kionex	85
JAYPIRCA	71	KISQALI	71
JEMPERLI	71	KISQALI FEMARA CO-PACK	71
jencycla	35	klayesta	67
JENTADUETO	90	klor-con 10	85
JENTADUETO XR	90	klor-con 8	85
juleber	35	klor-con m10	85
JULUCA	81	KLOR-CON M15	85
junel 1.5/30 (21)	35	klor-con m20	85
junel 1/20 (21)	35	KLOXXADO	26
junel fe 1.5/30 (28)	35	KOMZIFTI	71
junel fe 1/20 (28)	35	KOSELUGO	71

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

KRAZATI	71	leuprolide	41
kurvelo (28)	35	leuprolide acetate (3 month)	41
L			
l norgest/e.estradiol-e.estrad	35	levabuterol tartrate	93
labetalol	22	levetiracetam	61, 62
lacosamide	61	levetiracetam in nacl (iso-os)	62
lactated ringers	85	LEVO-T	40
lactulose	31	levobunolol	47
lamivudine	81	levocarnitine	85
lamivudine-zidovudine	81	levocarnitine (with sugar)	85
lamotrigine	61	levocetirizine	93
LAMPIT	76	levofloxacin	58
lanreotide	40	levofloxacin in d5w	58
lansoprazole	31, 100	levoleucovorin calcium	72
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	90	levonest (28)	35
LANTUS U-100 INSULIN	90	levonorg-eth estrad triphasic	35
lapatinib	71	levonorgestrel	100
larin 1.5/30 (21)	35	levonorgestrel-ethinyl estrad	35
larin 1/20 (21)	35	levora-28	35
larin 24 fe	35	levothyroxine	40
larin fe 1.5/30 (28)	35	LEVOXYL	40
larin fe 1/20 (28)	35	LIBERVANT	62
latanoprost	47	LIBTAYO	72
laxative (bisacodyl)	100	lice killing	100
LAZCLUZE	71	lice killing (permethrin)	100
leena 28	35	lice treatment	100
leflunomide	44	lidocaine	54, 100
lenalidomide	71	lidocaine hcl	54
LENVIMA	71, 72	lidocaine-epinephrine	54
lessina	35	lidocaine-prilocaine	54
letrozole	72	LIFYORLI	72
leucovorin calcium	72	linagliptin-metformin	90
LEUKERAN	72	linezolid	58
		linezolid in dextrose 5%	58

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

magnesium oxide	101	methenamine hippurate	59
magnesium sulfate	85, 86	methimazole	41
magnesium sulfate in d5w	86	methocarbamol	92
magnesium sulfate in water	86	methotrexate sodium	44
malathion	29	methotrexate sodium (pf)	44
manganese chloride	101	methsuximide	62
mapap (acetaminophen)	101	methyl dopa	22
maraviroc	82	methylphenidate hcl	27
MARGENZA	72	methylprednisolone	39
marlissa (28)	36	methylprednisolone acetate	39
MARPLAN	64	methylprednisolone sodium succ	39
MATULANE	72	metoclopramide hcl	65
meclizine	65	metolazone	22
medroxyprogesterone	36	metoprolol succinate	22
mefloquine	76	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22
megestrol	36	metoprolol tartrate	22
MEKINIST	72	metronidazole	59
MEKTOVI	72	metronidazole in nacl (iso-os)	59
meleya	36	metyrosine	22
meloxicam	53	micafungin	67
memantine	17	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	67
MENEST	36	miconazole nitrate	101
MENQUADFI (PF)	44	miconazole-3	67, 101
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	44	miconazole-7	101
mercaptopurine	72	micotrin ac	101
meropenem	59	microgestin 1.5/30 (21)	36
meropenem-0.9% sodium chloride	59	microgestin 1/20 (21)	36
mesalamine	25, 26	microgestin fe 1.5/30 (28)	36
mesna	72	microgestin fe 1/20 (28)	36
metformin	90	midodrine	22
methadone	53	mifepristone	51
methadone intensol	53	mili	36
methazolamide	47	mimvey	36

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

minocycline	59	MYRBETRIQ	32
minoxidil	22	N	
mintox maximum strength	101	nabumetone	54
MIRENA	51	nadolol	22
mirtazapine	64	nafcillin	59
misoprostol	31	nafcillin in dextrose iso-osm	59
mitomycin	72	naloxone	26, 101
modafinil	48	naltrexone	26
MODEYSO	73	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	51
moexipril	22	NANO PEN NEEDLE	51
molindone	78, 79	naproxen	54
mometasone	29, 93	naproxen sodium	54, 101
mondoxyne nl	59	naratriptan	18
mono-linyah	36	NASCOBAL	101
montelukast	93	NATACYN	47
morphine	53	NATAZIA	36
morphine concentrate	53	nateglinide	90
MOUNJARO	90	NAYZILAM	62
MOVANTIK	31	neбиволоl	22
moxifloxacin	47, 59	necon 0.5/35 (28)	36
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	59	nefazodone	65
MRESVIA (PF)	44	neo-vital rx	86
MULTAQ	22	neomycin	59
multi-vit with fluoride-iron	101	neomycin-bacitracin-poly-hc	47
multi-vitamin with fluoride	101	neomycin-bacitracin-polymyxin	47
mupirocin	29	neomycin-polymyxin b-dexameth	47
MVASI	73	neomycin-polymyxin-gramicidin	47
my choice	101	neomycin-polymyxin-hc	17, 47
my way	101	NEONATAL COMPLETE	86
mycophenolate mofetil	44	NEONATAL PLUS VITAMIN	86
mycophenolate mofetil (hcl)	44	NEONATAL-DHA	86
mycophenolate sodium	44	NEPHPLEX RX	101
mycozyl ac	101	NERLYNX	73

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

nevirapine	82	norgestimate-ethinyl estradiol	37
new day	101	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	86
NEXLETOL	22	NORMOSOL-R	86
NEXLIZET	22	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	86
NEXPLANON	36	NORMOSOL-R PH 7.4	86
niacin	22, 101	nortrel 0.5/35 (28)	37
niacor	22	nortrel 1/35 (21)	37
nicotine	102	nortrel 1/35 (28)	37
nicotine (polacrilex)	102	nortrel 7/7/7 (28)	37
NICOTROL NS	26	nortriptyline	65
nifedipine	22, 23	NORVIR	82
nikki (28)	36	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	90
nilotinib d-tartrate	73	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	90
nilotinib hcl	73	NOVOLIN N FLEXPEN	90
nilutamide	73	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	90
nimodipine	23	NOVOLIN R FLEXPEN	90
NINLARO	73	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	90
nintedanib	93	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	91
nitazoxanide	77	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	91
nitisinone	94	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	91
nitrofurantoin macrocrystal	59	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	91
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	59	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	91
nitroglycerin	23, 51	NOVOPEN ECHO	51
niva-fol	102	np thyroid	40
NIVESTYM	88	NUBEQA	73
nizatidine	31	NUCALA	93
NORA-BE	36	NUEDEXTA	27
norelgestromin-ethin.estradiol	36	NUPLAZID	79
noreth-ethinyl estradiol-iron	36	NUTRILIPID	86
norethindrone (contraceptive)	36	nyamyc	67
norethindrone ac-eth estradiol	37	nylia 1/35 (28)	37
norethindrone acetate	37	nylia 7/7/7 (28)	37
norethindrone-e.estradiol-iron	37	nystatin	67

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

nystatin-triamcinolone	67	OMNITROPE	39
nystop	67	ondansetron	65
O			
ocella	37	ondansetron hcl	66
octreotide acetate	41	ondansetron hcl (pf)	66
octreotide,microspheres	41	one natal rx	86
ODEFSEY	82	ONUREG	73
ODOMZO	73	opcicon one-step	102
ofloxacin	17, 47, 59	OPDIVO	73
OGSIVEO	73	OPDIVO QVANTIG	73
OJEMDA	73	OPDUALAG	73
OJJAARA	73	OPIPZA	79
olanzapine	79	OPSUMIT	93
olmesartan	23	option-2	102
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd	23	OPVEE	26
olmesartan-hydrochlorothiazide	23	ORGOVYX	73
omega-3 acid ethyl esters	23	orlistat	104
omeprazole	31, 102	orquidea	37
omeprazole magnesium	102	ORSERDU	73
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	51	oseltamivir	82
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	51	OTULFI	44
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	51	oxacillin	59
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	51	oxacillin in dextrose(iso-osm)	59
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51	oxcarbazepine	62
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51	oxybutynin chloride	32
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51	oxycodone	54
OMNIPOD GO PODS	51	oxycodone-acetaminophen	54
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	51	oyster shell calcium 500	102
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	51	oyster shell calcium-vit d3	102
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	51	OZEMPIC	91
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	51	P	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	51	PACERONE	23
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	51	pain relief (acetaminophen)	102
		pain relief (ibuprofen)	102

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

pain relief es (acetaminophen)	102	perindopril erbumine	23
pain reliever (acetaminophen)	102	periogard	28
pain reliever es(acetaminophn)	102	PERJETA	73
paliperidone	79	permethrin	29
PANRETIN	73	perphenazine	79
pantoprazole	31	phendimetrazine tartrate	104
pantoprazole in 0.9% sod chlor	31	phenelzine	65
paricalcitol	25	phenobarbital	62
paroxetine hcl	65	phentermine	104
PAXLOVID	82	phentermine-topiramate	104
pazopanib	73	phenytoin	62
pedia iron	102	phenytoin sodium	62
PEDIACLEAR PD	102	phenytoin sodium extended	62
PEDIARIX (PF)	44	philith	37
PEDIAVENT	102	phospha 250 neutral	102
PEDVAX HIB (PF)	44	phospho-trin 250 neutral	102
peg 3350-electrolytes	31	phospho-trin k500	102
peg-electrolyte soln	31	phytonadione (vitamin k1)	102
PEGASYS	44	PIFELTRO	82
PEMAZYRE	73	pilocarpine hcl	28, 47
PEN NEEDLE, DIABETIC	51	pimecrolimus	29
PENBRAYA (PF)	44	pimozide	79
penicillamine	86	pimtree (28)	37
penicillin g pot in dextrose	59	pink bismuth	102
penicillin g potassium	59	pioglitazone	91
penicillin g sodium	59	pioglitazone-metformin	91
penicillin v potassium	59	piperacillin-tazobactam	59
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	44	PIQRAY	73
PENTACEL (PF)	44	pirfenidone	93
pentamidine	77	piroxicam	54
pentoxifylline	23	PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	86
perampanel	62	PLASMA-LYTE A	86
PERIKABIVEN	86	PLENAMINE	86

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

podofilox	30	prasugrel hcl	88
polocaine	54	pravastatin	23
polocaine-mpf	54	praziquantel	77
POLY-VI-FLOR (ARCOFOLIN)	102	prazosin	23
POLY-VI-FLOR DROPS	102	prednisolone	39
POLY-VI-FLOR IRON DROP(ARCOFO)	102	prednisolone acetate	48
POLY-VI-FLOR W-IRON(ARCOFOLIN)	102	prednisolone sodium phosphate	39, 48
polycin	48	prednisone	39
polyethylene glycol 3350	102	prednisone intensol	39
polymyxin b sulf-trimethoprim	48	pregabalin	27
polymyxin b sulfate	59	PREMARIN	37
polyvinyl alcohol	103	PREMASOL 10 %	87
pomalidomide	73	PRENATA	87
portia 28	37	PRENATABS FA	87
posaconazole	67	prenatal plus (calcium carb)	87
potassium acetate	86	prenatal plus vitamin-mineral	87
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	86	PRENATE ELITE	87
potassium chloride	86	prevalite	23
potassium chloride in 0.9%nacl	86	PREVYMIS	82
potassium chloride in 5 % dex	86	PREZCOBIX	82
potassium chloride in lr-d5	86	PREZISTA	82
potassium chloride in water	87	PRIFTIN	68
potassium chloride-0.45 % nacl	87	primaquine	77
potassium chloride-d5-0.2%nacl	87	primidone	62
potassium chloride-d5-0.9%nacl	87	PRIMSOL	59
potassium citrate	87	PRIORIX (PF)	44
POTELIGEO	73	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	51
povidone-iodine	103	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	51
pr natal 400	87	probenecid	17
pr natal 400 ec	87	probenecid-colchicine	17
pr natal 430	87	prochlorperazine	66
pr natal 430 ec	87	prochlorperazine edisylate	66
pramipexole	19	prochlorperazine maleate	66

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

procto-med hc	30	quinidine sulfate	23
proctosol hc	30	quinine sulfate	77
proctozone-b	103	QULIPTA	18
proctozone-hc	30	R	
progesterone	37	RABAVERT (PF)	44
progesterone micronized	37	rabeprazole	31
PROGRAF	44	RALDESY	65
PROLIA	25	raloxifene	37
PROMACTA	88	ramelteon	48
promethazine	66	ramipril	23
propafenone	23	ranolazine	23
propranolol	23	rasagiline	19
propylthiouracil	41	ready-to-use enema	103
PROQUAD (PF)	44	reclipsen (28)	37
PROSOL 20 %	87	RECOMBIVAX HB (PF)	44, 45
protriptyline	65	REFRESH CELLUVISC	103
PULMOZYME	94	REFRESH LACRI-LUBE	103
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	51	REFRESH LIQUIGEL	103
PURIXAN	73	REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF)	103
pyrazinamide	68	REFRESH PLUS	103
pyridostigmine bromide	18	REFRESH TEARS	103
pyridoxine (vitamin b6)	103	RELENZA DISKHALER	82
pyrimethamine	77	renal caps	103
Q		reno caps	103
QINLOCK	74	repaglinide	91
QUADRACEL (PF)	44	REPATHA PUSHTRONEX	23
quetiapine	79	REPATHA SURECLICK	23
QUFLORA FE	103	REPATHA SYRINGE	23
QUFLORA FE (FERROUS SULFATE)	103	RETACRIT	89
QUFLORA PEDIATRIC	103	RETEVMO	74
QUFLORA PEDIATRIC DROPS	103	RETROVIR	82
quinapril	23	REVCovi	94
quinapril-hydrochlorothiazide	23	REVUFORJ	74

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

REXTOVY	26	roweepra	62
REXULTI	79	ROZLYTREK	74
REYATAZ	82	RUBRACA	74
REZDIFFRA	51	rufinamide	62
REZLIDHIA	74	RUKOBIA	82
RHOPRESSA	48	RUXIENCE	74
RIABNI	74	RYBELSUS	91
ribavirin	82	RYBREVANT	74
rifabutin	68	RYBREVANT FASPRO	74
rifampin	68	RYDAPT	74
rilpivirine hcl	82	S	
riluzole	27	sacubitril-valsartan	23
rimantadine	82	sajazir	45
ringer's	87	SANDIMMUNE	45
RINVOQ	45	SANDOSTATIN LAR DEPOT	41
RINVOQ LQ	45	SANTYL	30
risedronate	25	sapropterin	95
RISPERDAL CONSTA	79	SARCLISA	74
risperidone	79	SAXENDA	104
risperidone microspheres	79	SCEMBLIX	74
ritonavir	82	scopolamine base	66
rivaroxaban	89	se-natal 19 chewable	87
rivastigmine	17	SECUADO	80
rivastigmine tartrate	17	selegiline hcl	19
rizatriptan	18	selenium sulfide	30
ROCKLATAN	48	SELZENTRY	82
roflumilast	94	sertraline	65
ROMVIMZA	74	setlakin	37
ropinirole	19	sharobel	37
ropivacaine (pf)	54	SHINGRIX (PF)	45
rosuvastatin	23	SIGNIFOR	41
ROTARIX	45	sildenafil (pulm.hypertension)	94
ROTATEQ VACCINE	45	silodosin	32

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

silver sulfadiazine	30	sotalol	24
SIMBRINZA	48	sotalol af	24
simliya (28)	37	SPIRIVA RESPIMAT	94
simpesse	37	SPIRIVA WITH HANDIHALER	94
simvastatin	24	spironolacton-hydrochlorothiaz	24
sirolimus	45	spironolactone	24
SIRTURO	68	sprintec (28)	37
sitagliptin phos-metformin	91	SPRITAM	62
sitagliptin phosphate	91	SPS (WITH SORBITOL)	87
SKYRIZI	45	sronyx	37
SLOW-MAG	103	SSD	30
SMOFLIPID	87	stavudine	82, 83
smooth antacid	103	STELARA	45
sodium bicarbonate	87, 103	STIOLTO RESPIMAT	94
sodium chloride	52, 87	STIVARGA	74
sodium chloride 0.45 %	87	stomach relief	103
sodium chloride 0.9 %	87	stool softener	103
sodium chloride 3 % hypertonic	87	stool softener (docusate cal)	103
sodium chloride 5 % hypertonic	87	STRENSIQ	95
sodium oxybate	48	streptomycin	59
sodium phenylbutyrate	95	STRIBILD	83
sodium phosphate	87	STRIVERDI RESPIMAT	94
sodium polystyrene sulfonate	87	STROVITE FORTE	103
sodium,potassium,mag sulfates	31	STROVITE ONE	103
solifenacin	32	SUBVENITE	62, 63
SOLQUA 100/33	91	subvenite starter (blue) kit	63
SOLTAMOX	74	subvenite starter (green) kit	63
SOLU-MEDROL	39	subvenite starter (orange) kit	63
SOLU-MEDROL (PF)	40	sucrafate	31
soluvita multivitamin fluoride	103	SUFLAVE	31
SOMAVERT	41	sulfacetamide sodium	48, 59
sorafenib	74	sulfacetamide sodium (acne)	59
sorbitol-mannitol	52	sulfacetamide-prednisolone	48

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

sulfadiazine	60	tarina fe 1-20 eq (28)	37
sulfamethoxazole-trimethoprim	60	tarina fe 1/20 (28)	37
sulfasalazine	26	tasimelteon	48
sulindac	54	tazarotene	30
sumatriptan	18	taztia xt	24
sumatriptan succinate	18	TAZVERIK	74
sunitinib malate	74	TDVAX	45
SUNLENCA	83	TECENTRIQ	75
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	52	TECENTRIQ HYBREZA	75
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	52	TEFLARO	60
SUTAB	31	telmisartan	24
syeda	37	telmisartan-amlodipine	24
SYMBICORT	94	telmisartan-hydrochlorothiazid	24
SYMPAZAN	63	temazepam	48
SYMTUZA	83	TENIVAC (PF)	45
SYNJARDY	91	tenofovir disoproxil fumarate	83
SYNJARDY XR	91	tension headache	103
SYNTHROID	40	TEPMETKO	75
SYSTANE GEL	103	terazosin	24
SYSTANE NIGHTTIME	103	terbinafine hcl	67
T			
TABLOID	74	terconazole	67
TABRECTA	74	teriflunomide	27
tacrolimus	30, 45	testosterone	37, 38
tadalafil	32	testosterone cypionate	38
tadalafil (pulm. hypertension)	94	testosterone enanthate	38
TAFINLAR	74	tetrabenazine	27
TAGRISSO	74	TEVIMBRA	75
TALICIA	31	THALOMID	75
TALZENNA	74	theophylline	94
tamoxifen	74	thiamine hcl (vitamin b1)	103
tamsulosin	32	thioridazine	80
tarina 24 fe	37	thiothixene	80
		tiadylt er	24

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

tiagabine	63	TRAVASOL 10 %	87
TIBSOVO	75	travoprost	48
ticagrelor	89	TRAZIMERA	75
TICOVAC	45	trazodone	65
tigecycline	60	TRECTOR	68
tilia fe	38	TRELEGY ELLIPTA	94
timolol	48	TRELSTAR	41
timolol maleate	24, 48	TREMFYA	45
timolol maleate (pf)	48	TREMFYA ONE-PRESS	45
tinidazole	60	TREMFYA PEN	45
tioconazole-1	103	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	45
TIVICAY	83	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	91
TIVICAY PD	83	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	91
tizanidine	17	TRESIBA U-100 INSULIN	91
tobramycin	48	tretinoin	30
tobramycin in 0.225 % nacl	60	tretinoin (antineoplastic)	75
tobramycin sulfate	60	tri-buffered aspirin	104
tobramycin-dexamethasone	48	tri-estarylla	38
tolnaftate	103	tri-legest fe	38
tolterodine	32	tri-lynyah	38
topiramate	63	tri-lo-estarylla	38
toremifene	75	tri-lo-marzia	38
torpenz	75	tri-lo-mili	38
toremide	24	tri-lo-sprintec	38
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	91	tri-mili	38
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	91	tri-sprintec (28)	38
TPN ELECTROLYTES	87	tri-vite with fluoride	104
TRADJENTA	91	tri-vylibra	38
tramadol	54	tri-vylibra lo	38
trandolapril	24	triamcinolone acetonide	28, 40
trandolapril-verapamil	24	triamterene	24
tranexamic acid	89	triamterene-hydrochlorothiazid	24
tranlycypromine	65	triderm	40

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

trientine	87, 88	TYPHIM VI	45
trifluoperazine	80	U	
trifluridine	48	UBRELVY	18
trihexyphenidyl	19	UDENYCA	89
TRIJARDY XR	91	UDENYCA AUTOINJECTOR	89
TRIKAFTA	94	UDENYCA ONBODY	89
trimethoprim	60	ULTILET ALCOHOL SWAB	52
trimipramine	65	ultra lido	104
trinatal rx 1	88	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	52
TRINTELLIX	65	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	52
triphrocaps	104	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	52
TRIPLE ANTIBIOTIC	104	UNITHROID	40
triprolidine hcl	104	UNITUXIN	75
TRIUMEQ	83	UPTRAVI	94
TRIUMEQ PD	83	ursodiol	31
trivora (28)	38	USTEKINUMAB	46
TROGARZO	83	V	
TROPHAMINE 10 %	88	valacyclovir	83
tropium	32	VALCHLOR	75
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	52	valganciclovir	83
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	52	valproate sodium	63
TRULICITY	91	valproic acid	63
TRUMENBA	45	valproic acid (as sodium salt)	63
TRUQAP	75	valrubicin	75
TUKYSA	75	valsartan	24
tulana	38	valsartan-hydrochlorothiazide	24
TURALIO	75	VALTOCO	63
turqoz (28)	38	valtya	38
TWINRIX (PF)	45	vancomycin	60
TYBOST	83	vancomycin in 0.9 % sodium chl	60
TYENNE	45	vancomycin in dextrose 5 %	60
TYENNE AUTOINJECTOR	45	vancomycin-diluent combo no.1	60
TYMLOS	25	VANFLYTA	75

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

VAQTA (PF)	46	VIVITROL	26
varenicline tartrate	26	VIVOTIF	46
VARIVAX (PF)	46	VIZIMPRO	75
VASCEPA	24	VOCABRIA	83
VAXCHORA VACCINE	46	volnea (28)	38
VECTIBIX	75	VONJO	75
velivet triphasic regimen (28)	38	VORANIGO	75
VEMLIDY	83	voriconazole	67
VENCLEXTA	75	voriconazole-hpbc d	67
VENCLEXTA STARTING PACK	75	VOSEVI	83
venlafaxine	65	VOWST	31
VENTOLIN HFA	94	VRAYLAR	80
verapamil	24	vyfemla (28)	38
VERQUVO	25	vylibra	38
VERSACLOZ	80	VYLOY	75
VERZENIO	75	VYVGART	18
vestura (28)	38	VYVGART HYTRULO	18
vienva	38	VYZULTA	48
vigabatrin	63		
vigadrone	63		
VIGAFYDE	63		
vigpoder	63		
vilazodone	65		
VIMKUNYA	46		
viorele (28)	38		
VIRACEPT	83		
VIREAD	83		
vit 3	104		
VITAL-D RX	104		
vitamin d2	104		
vitamin k	104		
vitamin k1	104		
VITRAKVI	75		

W

warfarin	89
WEBCOL	52
WEGOVY	104
WEGOVY HD	104
WELIREG	95
wera (28)	38
wes-phos 250 neutral	104
wescaps	104
wesnatal dha complete	88
wesnate dha	88
westab max	104
westab plus	88
WINREVAIR	94
wixela inhub	94

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

women's gentle laxative(bisac)	104	zaleplon	48
wymzya fe	38	zarah	38
X			
XALKORI	75, 76	ZARXIO	89
xarah fe	38	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	92
XARELTO	89	ZEGALOGUE SYRINGE	92
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	89	ZEJULA	76
XATMEP	46	ZELBORAF	76
XCOPRI	63	ZEMAIRA	95
XCOPRI MAINTENANCE PACK	63	zenatane	30
XCOPRI TITRATION PACK	63	ZENPEP	95
XDEMVI	52	ZEPBOUND	104, 105
xelria fe	38	ZEPBOUND KWIKPEN	105
XENICAL	104	zidovudine	83
XERMELO	31	ziprasidone hcl	80
XGEVA	25	ziprasidone mesylate	80
XIFAXAN	31	ZIRABEV	76
XIGDUO XR	92	ZIRGAN	83
XOLAIR	46	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
XOSPATA	76	zoledronic acid	25
XPOVIO	76	zoledronic acid-mannitol-water	25
XTANDI	76	ZOLINZA	76
xulane	38	zolpidem	49
Y			
YERVOY	76	ZONISADE	63
YESINTEK	46	zonisamide	63
YF-VAX (PF)	46	ZORYVE	30
YONDELIS	76	zovia 1-35 (28)	38
yulithira	76	ZTALMY	63
Z			
zaditor	104	ZUBSOLV	26
zafemy	38	zumandimine (28)	38
zafirlukast	94	ZURNAI	26
		ZURZUVAE	65
		ZYDELIG	76
		ZYKADIA	76

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

ZYNYZ	76
ZYPITAMAG	25
ZYPREXA	80
ZYPREXA RELPREVV	80

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-**www.humana.com/medicaredruglist**](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available.
Call **877-320-1235 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **877-320-1235 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **877-320-1235 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ।
ফোন করুন **877-320-1235 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。
请致电 **877-320-1235 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。
請致電 **877-320-1235 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **877-320-1235 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **877-320-1235 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **877-320-1235 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે.
877-320-1235 (TTY: 711) પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים.
נא התקשר למספר **877-320-1235 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं।
877-320-1235 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **877-320-1235 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **877-320-1235 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**877-320-1235 (TTY: 711)** までお電話ください。

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.

GHHNOA2025HUM_0425

**ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជាន់ប្រដាប់ផ្សេងៗជំនួសអាច
រកបាន។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។**

**한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
877-320-1235 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.**

**ພາສາລາວ [Lao] ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ
ໃຫ້ໃຊ້ໄດ້. ໂທ 877-320-1235 (TTY: 711).**

**Diné [Navajo]: Saad t'áa' jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonííígíí diné bich'í'
anidahazt'í'í, dóo' łahgo át'éego bee hada'dilyaaígíí bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjí'
hodúlnih 877-320-1235 (TTY: 711).**

**Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty.
Zadzwoń pod numer 877-320-1235 (TTY: 711).**

**Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e
outros formatos alternativos. Ligue 877-320-1235 (TTY: 711).**

**ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
877-320-1235 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।**

**Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки,
вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру
877-320-1235 (TTY: 711).**

**Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y
servicios en otro formato están disponibles. Llame al 877-320-1235 (TTY: 711).**

**Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na
pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa 877-320-1235 (TTY: 711).**

**தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.
877-320-1235 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.**

**తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు
అందుబాటులో గలవు. 877-320-1235 (TTY: 711) కి కాల్ చేయండి.**

اردو [Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ 877-320-1235 (TTY: 711)

**Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định
dạng thay thế. Hãy gọi 877-320-1235 (TTY: 711).**

**አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጫ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችን ይገኛሉ። በ
877-320-1235 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።**

**Bàsà` [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdò-fàńo-nyo, kè nyo-boŭn-po-kà bɛ bɛ
nyuεε se wídí péè-péè dò ko. 877-320-1235 (TTY: 711) dá.**

**Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ 877-320-1235
(TTY: 711).**

**Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtilẹ̀hìn ìrànጓwọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe
877-320-1235 (TTY: 711).**

**नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था)
सेवाहरू उपलब्ध छन् । 877-320-1235 (TTY: 711) मा कल गर्नुहोस् ।**

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 06/02/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

H0963-001

Humana®

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-855-281-6070 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 06/02/2026.