

2026

# Guía de Medicamentos Recetados

## Formulario Humana Dual Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP)

Formulario 26412 versión 13

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 06/02/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-800-787-3311 (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](https://www.humana.com/medicaredruglist)**.

# Humana®

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.



# 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 Fully Integrated (HMO D-SNP). *La Guía de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre algún medicamento cubierto por Humana Dual Fully 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 Fully 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 Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos? .....	13
	B17. ¿Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo? .....	14
	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 .....	122

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-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 Fully Integrated (HMO D-SNP)*.

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://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.
- 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](http://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 1-800-787-3311 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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 Fully 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 Fully 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 Fully 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 Fully 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](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Illinois 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 Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



- 
- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad**: A veces, Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases**: A veces, Humana Dual Fully 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](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



---

## **B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Fully 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 Fully 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 muéstrole la lista a su médico u otro profesional que receta. Pueden recetarle otro medicamento de la *Guía de Medicamentos* que sea parecido al que usted quiere utilizar. **O**
  - Pedir a Humana Dual Fully 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 Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar con

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

---

su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la *Guía de Medicamentos* que usted pueda tomar en su lugar o si puede solicitar una excepción.

Si su medicamento está recetado por menos días, permitiremos múltiples resurtidos para proveerle hasta un máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

- utiliza un medicamento que no está en nuestra *Guía de Medicamentos*, **o**
- las reglas de nuestro plan de salud no le permiten obtener la cantidad que indicó el profesional que receta, **o**
- el medicamento requiere autorización previa de Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP), **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

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 Fully Integrated (HMO D-SNP) o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Dual Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.



## 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

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

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

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

---

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

Sí. Puede solicitar a Humana Dual Fully Integrated (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 Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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 Fully Integrated (HMO D-SNP) cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los escriba como recetas.

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

---

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

Humana Dual Fully 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) para saber qué productos OTC que no sean medicamentos están cubiertos.

Humana Dual Fully 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)*.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

---

## B17. ¿Humana Dual Fully 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.

---

## B18. ¿Cuál es mi copago?

Los afiliados de Humana Dual Fully 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%.
- **Nivel 6** - Medicamentos genéricos y de marca que tienen copago de \$0.

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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 Fully 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 Fully 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 Illinois 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 Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 Fully Integrated (HMO D-SNP) tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>AGENTES ÓTICOS</b>		
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
ofloxacin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
<b>AGENTES ANTIDEMENCIA</b>		
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	1	
donepezil 23 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	PA
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	PA
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	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. <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
<b>AGENTES ANTIESPASTICIDAD</b>		
baclofen 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
baclofen 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
baclofen 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
tizanidine 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tizanidine 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
<b>AGENTES ANTIGOTA</b>		
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
colchicine 0.6 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
probenecid 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>AGENTES ANTIMIASTÉNICOS</b>		
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(22.4 cada 28 días)
<b>AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS</b>		
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 30 días)
eletriptan 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(9 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA,QL(3 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	3	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	4	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE <sup>MO</sup>	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	4	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(6 cada 30 días)
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(16 cada 30 días)
<b>AGENTES ANTIPARKINSON</b>		
amantadine hcl 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
apomorphine 10 mg/ml CARTRIDGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
bromocriptine 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
carbidopa 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
entacapone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
selegiline hcl 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR <sup>MO</sup>	3	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
<b>AGENTES CARDIOVASCULARES</b>		
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	6	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	4	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
amiodarone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
amlodipine-atorvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-olmesartan 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
bisoprolol fumarate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
bumetanide 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
chlorthalidone 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
chlorthalidone 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER <sup>MO</sup>	3	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER <sup>MO</sup>	3	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	3	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	4	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.05 mg, 0.2 mg, 0.3 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
clonidine hcl 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
colestipol 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	3	
colestipol 5 gram GRANULES <sup>MO</sup>	4	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET <sup>MO</sup>	4	
digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	2	
diltiazem hcl 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	6	
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT <sup>MO</sup>	3	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	
fenofibrate 160 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
furosemide 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
KERENDIA 40 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
lisinopril 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
lisinopril-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
methyl dopa 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
metyrosine 250 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
MULTAQ 400 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
nebivolol 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	
niacin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
niacor 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	
nimodipine 30 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	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. <sup>MO</sup>	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	3	
olmesartan 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	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 <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
pacerone 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
prevalite 4 gram POWDER <sup>MO</sup>	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	4	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	4	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	6	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <sup>MO</sup>	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	6	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
spironolactone 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
torse mide 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	
triamterene 100 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
valsartan 160 mg, 320 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
valsartan 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <sup>MO</sup>	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. <sup>MO</sup>	2	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	1	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS</b>		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(300 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA,QL(3 cada 90 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	4	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	PA,QL(100 cada 365 días)
<b>AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO</b>		
balsalazide 750 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	3	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	2	
<b>AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS</b>		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
naltrexone 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR <sup>MO</sup>	3	
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	4	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(120 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>AGENTES DENTALES Y ORALES</b>		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH <sup>MO</sup>	1	
periogard 0.12 % MOUTHWASH <sup>MO</sup>	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE <sup>MO</sup>	3	
<b>AGENTES DERMATOLÓGICOS</b>		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	PA
adapalene 0.3 % GEL <sup>MO</sup>	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP <sup>MO</sup>	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
ammonium lactate 12 % LOTION <sup>MO</sup>	2	
amnesteam 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
azelaic acid 15 % GEL <sup>MO</sup>	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	3	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM <sup>MO</sup>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
clindamycin phosphate 1 % GEL <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB <sup>MO</sup>	2	
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL <sup>MO</sup>	4	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL <sup>MO</sup>	4	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM <sup>MO</sup>	4	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO <sup>MO</sup>	4	QL(240 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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
clobetasol 0.05 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
desonide 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
desonide 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL <sup>MO</sup>	3	PA
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL <sup>MO</sup>	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL <sup>MO</sup>	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM <sup>MO</sup>	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION <sup>MO</sup>	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone butyrate 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	4	QL(180 cada 30 días)
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET <sup>MO</sup>	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION <sup>MO</sup>	4	
mometasone 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT <sup>MO</sup>	1	
permethrin 5 % CREAM <sup>MO</sup>	3	
pimecrolimus 1 % CREAM <sup>MO</sup>	4	PA,QL(100 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT <sup>MO</sup>	4	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
SSD 1 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.05 % GEL <sup>MO</sup>	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 % GEL <sup>MO</sup>	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	3	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
ZORYVE 0.15 % CREAM <sup>MO</sup>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
<b>AGENTES GASTROINTESTINALES</b>		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
dicyclomine 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
glutamine (sickle cell) 5 gram POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
MOVANTI 12.5 MG, 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sucralfate 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET <sup>MO</sup>	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC <sup>MO</sup>	4	
ursodiol 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
ursodiol 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ursodiol 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
XERMELO 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>AGENTES GENITOURINARIOS</b>		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
dutasteride 0.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>MO</sup>	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP <sup>MO</sup>	3	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)</b>		
abigale 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
amethyst (28) 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	4	
apri 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
balziva (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	4	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
briellyn 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	4	
camila 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <sup>MO</sup>	4	QL(8 cada 28 días)
conjugated estrogens 0.3 mg, 0.45 mg, 0.625 mg, 0.9 mg, 1.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <sup>MO</sup>	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	3	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	QL(8 cada 28 días)
drosiprone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	3	QL(1 cada 28 días)
emzahn 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT <sup>MO</sup>	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	3	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	2	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
errin 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
estradiol 10 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG /24 HOUR) RING <sup>MO</sup>	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	3	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	
gallifrey 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING <sup>MO</sup>	3	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
jencycla 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	2	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg (28) TABLET <sup>MO</sup>	4	
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <sup>MO</sup>	2	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <sup>MO</sup>	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
luizza 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
luizza 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
lyleq 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
meleya 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
mili 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
mimvey 1-0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
mono-linyah 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT <sup>MO</sup>	3	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLET <sup>MO</sup>	2	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	3	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
norethindrone acetate 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET <sup>MO</sup>	2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ocella 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
orquidea 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	4	
pimtrea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <sup>MO</sup>	3	
progesterone 50 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	3	
progesterone micronized 100 mg INSERT <sup>MO</sup>	4	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
raloxifene 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <sup>MO</sup>	2	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
syeda 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <sup>MO</sup>	2	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <sup>MO</sup>	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	3	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL <sup>MO</sup>	2	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <sup>MO</sup>	2	
tulana 0.35 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <sup>MO</sup>	2	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	4	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	4	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <sup>MO</sup>	2	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	3	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <sup>MO</sup>	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <sup>MO</sup>	2	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)</b>		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <sup>DL</sup>	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)</b>		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	3	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION <sup>MO</sup>	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
<b>AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)</b>		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET <sup>MO</sup>	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET <sup>MO</sup>	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)</b>		
cabergoline 0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	PA
<b>AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)</b>		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS</b>		
ABRYVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
azathioprine 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	4	BvsD
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT <sup>AV,DL</sup>	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT <sup>DL</sup>	1	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <sup>MO</sup>	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>AV,DL</sup>	1	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	1	
sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	BvsD
sirolimus 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 84 días)
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 84 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION <sup>AV,DL</sup>	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,MO</sup>	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>AV,DL</sup>	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC <sup>AV,MO</sup>	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>AV,DL</sup>	1	
<b>AGENTES OFTÁLMICOS</b>		
atropine 1 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	2	
azelastine 0.05 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	3	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
betaxolol 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
bimatoprost 0.01 % DROPS <sup>MO</sup>	3	QL(2.5 cada 25 días)
brimonidine 0.2 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
carteolol 1 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
cromolyn 4 % DROPS <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
dorzolamide 2 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
dorzolamide-timolol (pf) 2-0.5 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT <sup>MO</sup>	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
gatifloxacin 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	3	QL(2.5 cada 25 días)
gentamicin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	3	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS <sup>MO</sup>	1	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL <sup>MO</sup>	4	
loteprednol etabonate 0.2 %, 0.5 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
loteprednol etabonate 0.5 % DROPS, GEL <sup>MO</sup>	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS <sup>MO</sup>	3	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
moxifloxacin 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT <sup>MO</sup>	3	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	2	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
ofloxacin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS <sup>MO</sup>	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS <sup>MO</sup>	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <sup>MO</sup>	3	ST
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
sulfacetamide sodium 10 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <sup>MO</sup>	2	
timolol 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	4	
timolol maleate 0.25 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY <sup>MO</sup>	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE <sup>MO</sup>	4	
tobramycin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
travoprost 0.004 % DROPS <sup>MO</sup>	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS <sup>MO</sup>	3	
VYZULTA 0.024 % DROPS <sup>MO</sup>	4	QL(2.5 cada 25 días)
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES</b>		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
<b>AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO</b>		
BELSOMRA 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ramelteon 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE <sup>MO</sup>	3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS <sup>MO</sup>	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK <sup>DL</sup>	4	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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
EASYLIFE ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
mifepristone 300 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD <sup>MO</sup>	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <sup>MO</sup>	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE <sup>MO</sup>	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 <sup>PDS,MO</sup>	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
REZDIFFRA 100 MG, 60 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>PDS,MO</sup>	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <sup>PDS,MO</sup>	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS <sup>MO</sup>	4	PA,QL(10 cada 42 días)
<b>ANALGÉSICOS</b>		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
diclofenac potassium 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
diclofenac sodium 1.5 % DROPS <sup>MO</sup>	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	2	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
ENDOCET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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. <sup>DL</sup>	4	QL(20 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
ibuprofen 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	2	
ketorolac 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
meloxicam 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER <sup>DL</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(540 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	1	
naproxen 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	3	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>DL</sup>	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET <sup>DL</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
<b>ANESTÉSICOS</b>		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED <sup>MO</sup>	4	QL(90 cada 30 días)
lidocaine 5 % OINTMENT <sup>MO</sup>	4	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR <sup>MO</sup>	2	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM <sup>MO</sup>	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
<b>ANSIOLÍTICOS</b>		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(150 cada 30 días)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>DL</sup>	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	
clonazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	4	
diazepam 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION <sup>DL</sup>	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>	3	QL(150 cada 30 días)
<b>ANTIBACTERIANOS</b>		
acetic acid 2 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin 875 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET <sup>MO</sup>	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	
azithromycin 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	2	
cefadroxil 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	2	
cefdinir 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
cefixime 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
cefixime 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
ceftaroline fosamil 400 mg, 600 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
ceftriaxone in dextrose, iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
cephalexin 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
clindamycin phosphate 2 % CREAM <sup>MO</sup>	3	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
DIFICID 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
fidaxomicin 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	
fosfomicin tromethamine 3 gram PACKET <sup>MO</sup>	4	
gentamicin 0.1 % CREAM <sup>MO</sup>	3	
gentamicin 0.1 % OINTMENT <sup>MO</sup>	3	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
imipenem-cilastatin 250 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
imipenem-cilastatin 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levofloxacin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	3	
methenamine hippurate 1 gram TABLET <sup>MO</sup>	3	
metronidazole 0.75 % (37.5mg/5 gram) GEL <sup>MO</sup>	3	
metronidazole 0.75 % CREAM <sup>MO</sup>	4	
metronidazole 0.75 % LOTION <sup>MO</sup>	4	
metronidazole 0.75 %, 1 % GEL <sup>MO</sup>	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP <sup>MO</sup>	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>DL</sup>	5	
neomycin 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
penicillin g potassium 20 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
penicillin g potassium 5 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	QL(118 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
trimethoprim 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(600 cada 30 días)
brivaracetam 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	2	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <sup>MO</sup>	4	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
carbamazepine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT <sup>DL</sup>	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <sup>MO</sup>	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
epitol 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	PA
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE <sup>MO</sup>	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM <sup>DL</sup>	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>DL</sup>	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR <sup>MO</sup>	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 125 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
roweepra 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
rufinamide 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM <sup>DL</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE <sup>MO</sup>	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>DL</sup>	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1080 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
amitriptyline 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC <sup>MO</sup>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK <sup>DL</sup>	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
fluoxetine 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
MARPLAN 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
mirtazapine 45 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
sertraline 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
trazodone 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(14 cada 365 días)
<b>ANTIEMÉTICOS</b>		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
meclizine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	2	BvsD

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY <sup>MO</sup>	4	QL(10 cada 30 días)
<b>ANTIFÚNGICOS</b>		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	2	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ciclodan 8 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL <sup>MO</sup>	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
clotrimazole 10 mg TROCHE <sup>MO</sup>	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
fluconazole 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	4	
micafungin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK <sup>DL</sup>	5	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK <sup>DL</sup>	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	3	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	4	
nystatin 100,000 unit/gram CREAM <sup>MO</sup>	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <sup>MO</sup>	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	4	
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	
nystatin 500,000 unit TABLET <sup>MO</sup>	2	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <sup>MO</sup>	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <sup>MO</sup>	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER <sup>MO</sup>	4	
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <sup>DL</sup>	5	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <sup>MO</sup>	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>	3	
voriconazole 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
<b>ANTIMICOBACTERIANOS</b>		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA
TRECTOR 250 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
<b>ANTINEOPLÁSICOS</b>		
abiraterone 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK <sup>DL</sup>	5	PA,QL(66 cada 28 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
bexarotene 1 % GEL <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
BRUKINSA 160 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
EMCYT 140 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA
exemestane 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	1	
HYRNUO 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
imatinib 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT <sup>DL</sup>	5	PA

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
INLURIYO 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAKAFI XR 11 MG, 22 MG, 33 MG, 44 MG, 55 MG TABLET, ER 24 HR. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>lapatinib</i> 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide</i> 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
LEUKERAN 2 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA
lomustine 10 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	
mercaptopurine 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
mesna 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	
mitomycin 20 mg, 5 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
mitomycin 40 mg RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
MVASI 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
NERLYNX 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL <sup>DL</sup>	5	PA
pazopanib 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(21 cada 28 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
QINLOCK 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
<i>sorafenib</i> 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
<i>sunitinib malate</i> 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>tamoxifen</i> 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
TAZVERIK 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>toremifene 60 mg TABLET<sup>DL</sup></i>	5	QL(30 cada 30 días)
<i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET<sup>DL</sup></i>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
<i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE<sup>DL</sup></i>	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE <sup>DL,LA</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>valrubicin 40 mg/ml SOLUTION<sup>DL</sup></i>	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
XALKORI 150 MG PELLETT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
XALKORI 20 MG PELLETT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
yulithira 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(20 cada 28 días)
<b>ANTIPARASITARIOS</b>		
albendazole 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
mefloquine 250 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
nitazoxanide 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET <sup>MO</sup>	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	PA,QL(42 cada 7 días)
<b>ANTIPSIKÓTICOS</b>		
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 <sup>DL</sup>	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <sup>DL</sup>	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <sup>DL</sup>	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <sup>DL</sup>	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <sup>DL</sup>	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BYSANTI TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	4	PA
BYSANTI TITRATION PACK C 1 MG(4)-2MG(2)- 6 MG (2) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	4	PA
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
clozapine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	PA,QL(180 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
clozapine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <sup>DL</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR <sup>MO</sup>	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(270 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
molindone 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
quetiapine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>MO</sup>	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON <sup>MO</sup>	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>	5	QL(2 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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. <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>	5	QL(1 cada 28 días)
<b>ANTIVIRALES</b>		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	BvsD
adefovir 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitita-rilpivirine-tenofov 200-25-300 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
IDVYNSO 100-0.25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
LIVTENCITY 200 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ribavirin 200 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
rilpivirine hcl 25 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
rimantadine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
ritonavir 100 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	QL(1800 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <sup>MO</sup>	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	
TYBOST 150 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	
valganciclovir 450 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <sup>DL</sup>	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP <sup>MO</sup>	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL <sup>MO</sup>	4	QL(5 cada 30 días)
<b>ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS</b>		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	2	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE <sup>DL</sup>	5	PA

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	2	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE <sup>MO</sup>	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
klor-con 10 10 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
levocarnitine 330 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK <sup>MO</sup>	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <sup>MO</sup>	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <sup>MO</sup>	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <sup>MO</sup>	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
penicillamine 250 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID <sup>MO</sup>	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <sup>MO</sup>	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	2	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	2	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	2	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <sup>MO</sup>	2	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	2	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <sup>MO</sup>	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <sup>MO</sup>	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION <sup>MO</sup>	4	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE <sup>MO</sup>	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <sup>MO</sup>	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	1	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER <sup>MO</sup>	3	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	QL(240 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>DL</sup>	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <sup>MO</sup>	4	BvsD
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <sup>MO</sup>	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
<b>PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES</b>		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
clopidogrel 300 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
clopidogrel 75 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE <sup>MO</sup>	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE <sup>MO</sup>	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION <sup>MO</sup>	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	1	
warfarin 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA
<b>REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE</b>		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	6	
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 5-1,000 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION <sup>DL</sup>	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <sup>CI,MO</sup>	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	3	
glimepiride 1 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
glipizide 15 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,DL</sup>	5	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML CARTRIDGE <sup>CI,MO</sup>	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	2	
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	2	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	6	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR <sup>MO</sup>	3	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <sup>CI,MO</sup>	2	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <sup>CI,MO</sup>	2	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	2	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	2	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <sup>CI,MO</sup>	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>	6	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
sitagliptin phosphate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <sup>CI,MO</sup>	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <sup>CI,MO</sup>	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	PA,QL(2 cada 28 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <sup>MO</sup>	6	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <sup>MO</sup>	6	
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO</b>		
chlorzoxazone 500 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET <sup>MO</sup>	2	
<b>TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES</b>		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION <sup>MO</sup>	3	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP <sup>MO</sup>	1	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	3	QL(10.7 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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 <sup>MO</sup>	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>DL</sup>	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <sup>MO</sup>	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <sup>MO</sup>	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <sup>MO</sup>	2	BvsD
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <sup>MO</sup>	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
macitentan 10 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <sup>MO</sup>	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <sup>MO</sup>	1	QL(30 cada 30 días)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <sup>MO</sup>	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <sup>MO</sup>	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	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 <sup>DL</sup>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT <sup>DL</sup>	5	PA
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>	4	QL(60 cada 30 días)
<b>TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO</b>		
betaine 1 gram/scoop POWDER <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE <sup>MO</sup>	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE <sup>DL</sup>	5	
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET <sup>DL</sup>	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER <sup>DL</sup>	5	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET <sup>DL</sup>	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	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 <sup>MO</sup>	4	
<b>(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D</b>		
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT	*	
a thru z advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	*	
a thru z men's ultimate 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
a thru z select 300-60-600-300 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	*	
a thru z select 50plus formula 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
a thru z select women's TABLET	*	
abc complete adult 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
abc complete men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
abc complete senior 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
abc complete senior men's 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
abc complete women's 18-400 mg-mcg TABLET	*	
abc plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
acetaminophen 120 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 LIQUID	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET	*	
acne medication 2.5 % GEL	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	*	
acne-clear 10 % GEL	*	
adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult one daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
adults multivitamin 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
aflora 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	*	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE	*	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
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	*	
ameriphor OINTMENT	*	
amladex 1-5-50 mg TABLET	*	
anecream5 5 % CREAM	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
animal chews CHEWABLE TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ext (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid liquid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid m 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
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)
anti-itch (hc) 1 % LOTION	*	
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
anti-nausea SOLUTION	*	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	*	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	*	
antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
antifungal ringworm 1 % CREAM	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
antiseptic 10 % SOLUTION	*	
antiseptic skin clnsr(chlorhe) 4 % LIQUID	*	
aquanil hc 1 % LOTION	*	
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
arthritis pain relief(capsaic) 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
arthritis-muscle (capsaicin) 0.025 % CREAM	*	
artificial eye lubricant 83-15 % OINTMENT	*	
artificial tear(dxtrn-hpm-gly) 0.1-0.3-0.2 % DROPS	*	
artificial tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
artificial tears(glycerin-peg) 1-0.3 % DROPS	*	
artificial tears(pvalch-povid) 0.5-0.6 % DROPS	*	
asperflex (lidocaine) 4 % CREAM	*	
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 2 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot 2 % AEROSOL SPRAY	*	
athlete's foot 2 % POWDER	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % SOLUTION	*	
athlete's foot (terbinafine) 1 % CREAM	*	
athletic foot cream 1 % CREAM	*	
auro dri swimmers' ear 95-5 % DROPS	*	
aveeno intense relief CREAM	*	
AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
azolen 2 % TINCTURE	*	
b complex 1.7-20-2-1.2 mg/ml LIQUID	*	
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
b-complex with vitamin c CAPSULE	*	
b-complex with vitamin c TABLET	*	
BABY AYR SALINE 0.65 % DROPS	*	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin 500 unit/gram PACKET	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT IN PACKET	*	
bacitraycin plus 500 unit/gram OINTMENT	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
baza antifungal 2 % CREAM	*	
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST KIT	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % GEL	*	
beta-hc 1 % LOTION	*	
BINAXNOW COVD AG CARD HOME TST KIT	*	
BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST KIT	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carb, citrate-vit d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) TABLET ER	*	
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
calcium carbonate-vitamin d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) TABLET	*	
calcium citrate 200 mg (950 mg), 250 mg calcium TABLET	*	
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
calcium-d3-zinc-copper-mangan 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg TABLET	*	
capsaicin 0.025 %, 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
capsaicin hp 0.1 % CREAM	*	
capsaid es 0.1 % CREAM	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPPERETTE	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPS	*	
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
CARESTART COVID-19 AG HOME TST KIT	*	
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME KIT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
centrum 18-400 mg-mcg TABLET	*	
centrum 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
centrum women 18-400 mg-mcg TABLET	*	
century 18-400 mg-mcg TABLET	*	
century adult formula 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
century adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
century mature 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
century men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
cenvite 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
cervite senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
cervite-antioxidant 18-400 mg-mcg TABLET	*	
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	*	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	*	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
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 allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's chew multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
children's chewable multivitmn 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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
children's chewables 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's multi-vit gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin-immune CHEWABLE TABLET	*	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
childrens chewables multivitmn CHEWABLE TABLET	*	
chlorhexidine gluconate 2 % TOWELETTE	*	
chlorhexidine gluconate 2 %, 4 % LIQUID	*	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	*	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
CLEARBLUE PREGNANCY TEST KIT	*	
clearcanal earwax softener 6.5 % DROPS	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clearlax 17 gram/dose POWDER	*	
clinere ear wax removal 6.5 % DROPS	*	
CLINITEST COVID-19 HOME TEST KIT	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole 1 % SOLUTION	*	
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	*	
clotrimazole af 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
clotrimazole-7 1 % CREAM	*	
co q-10 100 mg, 200 mg, 30 mg, 400 mg, 50 mg CAPSULE	*	
coenzyme q10 100 mg, 200 mg, 30 mg, 400 mg, 50 mg, 60 mg CAPSULE	*	
coenzyme q10-vitamin e 100-5 mg-unit CAPSULE	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	*	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	*	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
complete multivitamin-mineral 18-400 mg-mcg TABLET	*	
complete mv adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
coq10 (ubiquinol) 100 mg CAPSULE	*	
coqmax ubiquinol 100 mg, 200 mg CAPSULE	*	
CORDX COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
CORDX TYFAST COVID-19 AG TEST KIT	*	
cortisone (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortisone (hydrocortisone) 1 % LOTION	*	
cortisone cooling 1 % GEL	*	
cortisone with aloe 1 % CREAM	*	
cortizone-10 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % LOTION	*	
cortizone-10 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % SOLUTION	*	
cortizone-10 feminine itch 1 % CREAM	*	
cortizone-10 with aloe 1 % CREAM	*	
corvita 1.25-2.5-7 mg TABLET	*	
COVID-19 AT-HOME TEST KIT	*	
COVID-19 RAPID AT-HOME TEST KIT	*	
critic-aid clear af(miconazol) 2 % OINTMENT	*	
CUE COVID-19 HOME TEST KIT	*	
curae 1.5 mg TABLET	*	
daily fiber 0.4 gram CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-aspart) 3.4 gram POWDER IN PACKET	*	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
daily multi-vitamin TABLET	*	
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	*	
daily multivitamin with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily multivitamin-minerals 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily value TABLET	*	
daily vitamin formula TABLET	*	
daily vitamin formula-iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily vitamin formula-minerals TABLET	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
debrox kids 95-5 % DROPS	*	
debrox swimmer's ear 95-5 % DROPS	*	
deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
dermafungal 2 % CREAM	*	
dermaphor OINTMENT	*	
dermarest eczema (hydrocort) 1 % LOTION	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
diabetic multivitamin 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	*	
DIGITAL PREGNANCY TEST KIT	*	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 50 mg CAPSULE	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA	*	
dok 100 mg TABLET	*	
double antibiotic (b.tracn zn) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
double antibiotic-pain relief 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
driminate 50 mg TABLET	*	
dripdrop 700-410-150 mg POWDER IN PACKET	*	
dry eye relief 1-0.2-0.2 % DROPS	*	
dry eye relief (peg 400) 1 % DROPS	*	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % DROPS	*	
ear drops for swimmers 95-5 % DROPS	*	
ear dry 95-5 % DROPS	*	
ear wax removal drops 6.5 % DROPS	*	
ear wax removal kit 6.5 % DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
EARLY PREGNANCY TEST KIT	*	
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
effaclar adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
electrolytes-dextrose PACKET	*	
electrolytes-dextrose SOLUTION	*	
ELLUME COVID-19 HOME TEST KIT	*	
emetrol SOLUTION	*	
emetrol chewable 230 mg CHEWABLE TABLET	*	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	*	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	*	
ENEMEEZ KIDS 100 MG/5 ML ENEMA	*	
ENEMEEZ PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA	*	
eq gentle 0.3 % DROPS	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
essentia 18-400 mg-mcg TABLET	*	
EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT MISCELLANEOUS	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
eyes alive 0.5 % DROPPERETTE	*	
fa-8 0.8 mg CAPSULE	*	
famotidine 10 mg TABLET	*	
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
fem moist andlub(glycerin-hec) GEL	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 142 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
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, 80 MG SUPPOSITORY	*	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	*	
fiber (psyllium husk) 0.4 gram CAPSULE	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	*	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	*	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	*	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	*	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	
fiber-lax 625 mg TABLET	*	
first aid antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
first aid antibiotic-pain rlf 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
first aid antiseptic(povidone) 10 % SOLUTION	*	
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST KIT	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML SOLUTION	*	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	*	
flintstones multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
flintstones/extra c CHEWABLE TABLET	*	
floraxyl 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
flotrex 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
folamax 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folaprim 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folic acid 0.8 mg CAPSULE	*	
folic acid 1 mg, 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
folicore b complex 1,000 mcg-10 mg -400 mcg TABLET	*	
FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET	*	
folixia 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	*	
gavilax 17 gram/dose POWDER	*	
GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME KIT	*	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
gentle laxative (mag hydrox) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-lanta 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-mox antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-mucil (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
geri-mucil (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
glucose 3.75 gram, 4 gram CHEWABLE TABLET	*	
glucose gel 40 % GEL	*	
glycerin LIQUID	*	
glycerin 99.5 % SOLUTION	*	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
glycerin (child) SUPPOSITORY	*	
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
gummi bear multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
gummy dinos CHEWABLE TABLET	*	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	*	
hair vitamins TABLET	*	
hair,skin and nails TABLET	*	
hair,skin and nails(fa-biotin) 66.7-1,666.7 mcg TABLET	*	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET	*	
hemorrhoid-fissure pain 5 % CREAM	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal cooling 0.25-50 % GEL	*	
hemorrhoidal cream 0.25-1 % CREAM	*	
hemorrhoidal relief 5 % CREAM	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
hemorrhoidal(pe-min oil-petro) 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	
high potency multivit (w-iron) 18-400 mg-mcg TABLET	*	
high potency multivitamin 400 mcg TABLET	*	
home lice-bedbug-dust mite spr 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
hydralyte PACKET	*	
hydralyte SOLUTION	*	
hydrating electrolyte PACKET	*	
hydration multiplier PACKET	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone 1 % LOTION	*	
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 1 % CREAM	*	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 1 % CREAM	*	
hydrocream 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrolatum OINTMENT	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
icy hot max (lido hcl-menthol) 4-1 % CREAM	*	
IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
INDICAID COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant-toddler multivit 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
infant-toddler multivit-iron 11 mg iron/ml DROPS	*	
infant-toddler multivitamin 250 mcg-50 mg- 10 mcg-5 mg/ml DROPS	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST KIT	*	
inzo antifungal 2 % CREAM	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
kelp-lecithin-b6 TABLET	*	
keyfolic 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
kinderlyte PACKET	*	
kinderlyte SOLUTION	*	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
lanashield 50 % OINTMENT	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice bedding spray 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lidocaine 4 %, 5 % CREAM	*	
lidocaine hcl 4 % CREAM	*	
lidocaine plus 4 % CREAM	*	
lidosync (lidocaine-menthol) 4-1 % CREAM	*	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
little animals-iron CHEWABLE TABLET	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loratadine 10 mg TABLET	*	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
lotrimin af 2 % POWDER	*	
lotrimin af powder 2 % AEROSOL POWDER	*	
lubricant (p-glycol-glycerin) 1-0.3 % DROPS	*	
lubricant eye 57.3-42.5 %, 57.7-31.9 % OINTMENT	*	
lubricant eye (cmc-glycer)(pf) 0.5-0.9 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (cmc-glycerin) 0.5-0.9 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4-0.3 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400)(pf) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (propyl glycol) 0.6 %, 0.7 % DROPS	*	
lubricant eye drops 0.25 %, 0.5 % DROPS	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubricants GEL	*	
lubricating jelly (chlorhexid) GEL	*	
lubricating plus 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubrifresh pm 83-15 % OINTMENT	*	
LUCIRA CHECK-IT COVID HOME TST KIT	*	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
maalox maximum strength 400-400-40 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 hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg TABLET	*	
meclizine 12.5 mg TABLET	*	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
mega multiple/chelated mineral TABLET	*	
mega multivitamin for men 200-175-250 mcg TABLET	*	
men 50 plus advanced one daily 400-20-370 mcg TABLET	*	
men 50 plus multivitamin 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
men under 50 multivitamin 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
men's 50 plus daily formula 400-20-370 mcg TABLET	*	
men's 50 plus multivitamin 400-20-370 mcg TABLET	*	
men's daily formula 400-20-300 mcg TABLET	*	
men's daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
men's daily multivitamin 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
men's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
men's one daily 400-20-300 mcg TABLET	*	
men's pack 0.4-250 mg-mcg COMBO PACK	*	
metamucil (with sugar) 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
micatin 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-%, 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole nitrate 2 % AEROSOL POWDER	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % POWDER	*	
miconazole nitrate 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole-7 2 % CREAM	*	
miconazorb af 2 % POWDER	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
micotrin ap 2 % POWDER	*	
micro-guard 2 % POWDER	*	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	*	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	*	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	*	
mini multivitamins-iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
mirafast 1,200 mg CHEWABLE TABLET	*	
moisturizing cream CREAM	*	
moisturizing lubricant 0.25 % DROPS	*	
monistat 3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
monistat care (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
motion sickness 50 mg TABLET	*	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	*	
motion sickness relief 50 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	*	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
multi antibiotic plus 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
multi complete with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
multi for her 50 plus 400-80 mcg TABLET	*	
multi-day with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
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	*	
multi-vite 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
multiple vitamin-minerals TABLET	*	
multiple vitamins TABLET	*	
multivit with min-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
multivit with min-folic acid 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
multivit,calc,min-fa-k1-lycop 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	*	
multivit-min-ferrous gluconate 9 mg iron/ 15 ml (15 ml), 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multivitamin TABLET	*	
multivitamin men's 50 plus 400-370 mcg TABLET	*	
multivitamin with iron TABLET	*	
multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multivitamin women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
murine ear wax removal system 6.5 % DROPS	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
mycozyl ap 2 % POWDER	*	
mylanta maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
myo-tone TABLET	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	*	
nasal antiseptic swabs 10 % SWAB	*	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://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
nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
natural fiber laxative (sugar) POWDER	*	
natural tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
nausea relief SOLUTION	*	
neosporin (neo-bac-polym) 3.5-400-5,000 mg-unit-unit OINTMENT IN PACKET	*	
neosporin plus burn relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
nephro vitamins 0.8 mg TABLET	*	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	*	
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML LIQUID	*	
new day 1.5 mg TABLET	*	
nicotinamide (with chromium) 500 mcg- 750 mg TABLET	*	
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	*	
noble formula hc 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
numbcream 5 % CREAM	*	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
nutralyn 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
NUTRISOURCE FIBER PACKET	*	
NUTRISOURCE FIBER POWDER	*	
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST KIT	*	
omnicap 0.4 mg TABLET	*	
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST KIT	*	
oncovite TABLET	*	
one daily 0.4-600 mg-mcg TABLET	*	
one daily energy 9 mg iron-400 mcg-200 mg TABLET	*	
one daily essential 0.4 mg, 400 mcg TABLET	*	
one daily for men 0.4-600 mg-mcg TABLET	*	
one daily for women 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily healthy weight 200-18-0.4 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
one daily maximum 18 mg iron-400 mcg-25 mcg, 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily men's 50 plus w-d3 400-20-370 mcg TABLET	*	
one daily men's health 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	*	
one daily multivit-iron(folic) 18-400 mg-mcg TABLET	*	
one daily multivitamin 400 mcg TABLET	*	
one daily multivitamin women 18-400 mg-mcg TABLET	*	
one daily plus iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
one daily women 50 plus 400-120 mcg-mg TABLET	*	
one daily women 50 plus(vit k) 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
one daily women's 18 mg iron- 400 mcg, 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
one daily womens 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
ONE STEP PREGNANCY TEST KIT	*	
one-a-day cholesterol plus 0.4 mg TABLET	*	
one-a-day essential TABLET	*	
one-a-day maximum formula TABLET	*	
one-a-day men vitacraves 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day men's pro edge 0.4 mg TABLET	*	
one-a-day teen advantage 18-400 mg-mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
one-a-day women vitacraves 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day women's 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
onelax fiber (with sucrose) 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
onevite daily multivitamin 400 mcg TABLET	*	
OPILL 0.075 MG TABLET	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
ORACIT 490-640 MG/5 ML SOLUTION	*	
oralyte SOLUTION	*	
overnight lubricating eye 94-3 % OINTMENT	*	
oyster shell + d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium-vit d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
oystercal-d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	*	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	*	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
pedia tri-vite 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION	*	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	*	
pediatric electrolyte SOLUTION	*	
pediatric electrolyte 10.6-4.7 meq/8.5 gram POWDER IN PACKET	*	
pediatric enema 9.5-3.5 gram/59 ml ENEMA	*	
pediatric freezer pops SOLUTION	*	
pediatric tri-vite 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
personal lubricating jelly GEL	*	
petrolatum OINTMENT	*	
phospha 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin 250 neutral 250 mg TABLET	*	
phospho-trin k500 500 mg TABLET, SOLUBLE	*	
phosphorous 250 mg TABLET	*	
phosphorous supplement 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	*	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET	*	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST KIT	*	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	*	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	*	
PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT MISCELLANEOUS	*	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
poly-vita drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	*	
polyvinyl alcohol 1.4 % DROPS	*	
pot,sodium citrate-citric acid 550-500-334 mg/5 ml SOLUTION	*	
potassium citrate-citric acid 1,100-334 mg/5 ml SOLUTION	*	
potassium, sodium phosphates 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	*	
povidone-iodine 10 % LIQUID IN PACKET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
povidone-iodine 10 % OINTMENT	*	
povidone-iodine 10 % PADS, MEDICATED	*	
povidone-iodine 10 % SWAB	*	
povidone-iodine 10 %, 7.5 % SOLUTION	*	
PREGNANCY TEST KIT	*	
preparation h hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
profend 10 % SWAB	*	
profola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP	*	
protective ointment OINTMENT	*	
pseudoephedrine hcl 30 mg TABLET	*	
psyllium husk 0.4 gram CAPSULE	*	
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram POWDER	*	
pure and gentle (saline) 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
purevit dualfe plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	*	
purevita folic acid 400 mcg TABLET	*	
pvp prep 10 % SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
q-sorb co q-10 100 mg, 200 mg CAPSULE	*	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST KIT	*	
quintabs 400 mcg TABLET	*	
quintabs-m iron free 0.4 mg TABLET	*	
qunol mega coq10 100 mg CAPSULE	*	
RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST KIT	*	
READY-TO-USE ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
readyprep pvp 10 % SOLUTION	*	
rectalief 5 % CREAM	*	
rectasmoothe 5 % CREAM	*	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	*	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk) 0.4 gram CAPSULE	*	
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk-sucro) 3 gram/7 gram POWDER	*	
remedy antifungal 2 % POWDER	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % OINTMENT	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % POWDER	*	
rena-vite 0.8 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	*	
renal vitamin 0.8 mg TABLET	*	
renal-vite 0.8 mg TABLET	*	
reno caps 1 mg CAPSULE	*	
restore plus (cmcellulose) 0.5 % DROPPERETTE	*	
restore pm 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
retaine cmc 0.5 % DROPPERETTE	*	
retaine pm 80-20 % OINTMENT	*	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
ringworm 1 % CREAM	*	
SACCHARIN POWDER	*	
saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
scalp relief (hydrocortisone) 1 % SOLUTION	*	
scalpicin anti-itch 1 % SOLUTION	*	
scrub care povidone iodine 10 % SOLUTION	*	
se-tan plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	*	
secura antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
secura protective OINTMENT	*	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senior tabs 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
senna 8.6 mg CAPSULE	*	
senna 8.6 mg TABLET	*	
senna lax 8.6 mg TABLET	*	
senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP	*	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	*	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	*	
senosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
senosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	*	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	*	
SENOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET	*	
SENOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET	*	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	*	
sentia 0.6 % DROPS	*	
sentry 18-400 mg-mcg TABLET	*	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
skin protectant a and d OINTMENT	*	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	*	
slow release iron 142 mg (45 mg iron), 143 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
smart q10 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER	*	
sodium chloride 1,000 mg TABLET, SOLUBLE	*	
sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION	*	
solivite 400 mcg CAPSULE	*	
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml DROPS	*	
SORBITOL 70 % SOLUTION	*	
spectravite adult 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
spectravite advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
spectravite men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
spectravite women 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST KIT	*	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	*	
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 TABLET	*	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	*	
stop lice 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
STRESS B WITH ZINC TABLET	*	
studio 35 moisturizing skin CREAM	*	
sudogest 30 mg TABLET	*	
suphedrin 30 mg TABLET	*	
support LIQUID	*	
swim ear 95-5 % DROPS	*	
swimmer's instant ear dry 95-5 % DROPS	*	
tab-a-vite 400 mcg TABLET	*	
teravax 400 mcg CAPSULE	*	
terbinafine hcl 1 % CREAM	*	
thera 400 mcg TABLET	*	
thera antifungal 2 % CREAM	*	
thera antifungal 2 % POWDER	*	
thera-tabs TABLET	*	
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
theralogix companion 0.4 mg TABLET	*	
therapeutic-m 19 mg iron- 400 mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
theratears 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
theratrum complete 50 plus-lyc 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tm-daily vite 400 mcg TABLET	*	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
tri-vitamin with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
tricitrates 550-500-334 mg/5 ml SOLUTION	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
triple antibiotic 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
triple antibiotic plus 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple paste af 2 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
TROJAN BARESKIN DEVICE	*	
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE	*	
TROJAN MAGNUM CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE	*	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL DEVICE	*	
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	*	
TRUE COVER CONDOM DEVICE	*	
true multivitamin 400 mcg TABLET	*	
truelyte advanced hydration SOLUTION	*	
trueplus glucose 15 gram/32 ml GEL IN PACKET	*	
trueplus glucose 3.75 gram CHEWABLE TABLET	*	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE	*	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tyr cooler LIQUID	*	
ultra fresh 0.5 % DROPS	*	
ultra lubricant eye 0.4-0.3 % DROPS	*	
ultra tuss safe 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
v-c forte 1 mg CAPSULE	*	
vanicream hc 1 % CREAM	*	
ventiva tears 0.5 % DROPS	*	
vic-forte 1 mg CAPSULE	*	
vis guard (petrolatum-min oil) 83-15 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
vis guard (polyvinyl alcohol) 1.4 % DROPS	*	
vista meibo tears 0.6 % DROPS	*	
vista tears 0.4-0.3 % DROPS	*	
vit a palmitate-vit c-vit d3 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
vitacore 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
vitafusion women's multi 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy adult multi 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitalee 0.4 mg TABLET	*	
vitamin a and d OINTMENT	*	
vitamin b complex CAPSULE	*	
vitamin b complex TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION	*	
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
vitamins b complex TABLET	*	
vitatrum complete 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
viteyes areds 2 plus multivit 200 mcg-15 mcg- 5 mg-1 mg CAPSULE	*	
vitrum 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	*	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
wal-mucil natural fiber lax 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
wal-mucil with calcium 1-60 gram-mg CAPSULE	*	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
wal-tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
well lyte advanced hydration SOLUTION	*	
wellfola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
WELLLIFE COVID-19 AG HOME TEST KIT	*	
wes-phos 250 neutral 250 mg TABLET	*	
white petrolatum OINTMENT	*	
women's 50 plus daily formula 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg.ca TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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
women's daily multivitamin 18-400 mg-mcg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
women's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	*	
womens daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
XERAC AC 6.25 % SOLUTION	*	
xyzbac 1-5-50 mg TABLET	*	
yelets 18-400 mg-mcg TABLET	*	
zeasorb af 2 % POWDER	*	
zinc oxide 20 % OINTMENT	*	
zylotrol (lidocaine hcl) 4-1 % CREAM	*	
zyvit 1-5-50 mg TABLET	*	
<b>DISFUNCION ERECTIL</b>		
sildenafil 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	1	QL(6 cada 30 días)
<b>VITAMINAS Y MINERALES</b>		
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
folic acid 1 mg TABLET	1	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

## 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.

#		
	3-day vaginal .....	95
<b>A</b>		
	a and d (lanolin-petrolatum) .....	95
	a thru z advanced formula .....	95
	a thru z men's ultimate .....	95
	a thru z select .....	95
	a thru z select 50plus formula .....	95
	a thru z select women's .....	95
	abacavir .....	80
	abacavir-lamivudine .....	80
	abc complete adult .....	95
	abc complete men's .....	95
	abc complete senior 50 plus .....	95
	abc complete senior men's .....	95
	abc complete women's .....	95
	abc plus .....	95
	ABELCET .....	66
	abigale .....	32
	abigale lo .....	32
	ABILIFY ASIMTUFII .....	77
	ABILIFY MAINTENA .....	77
	abiraterone .....	68
	abirtega .....	68
	ABRYSVO (PF) .....	41
	acamprosate .....	26
	acarbose .....	89
	accutane .....	28
	acebutolol .....	19
	acetaminophen .....	95
	acetaminophen-codeine .....	52
	acetazolamide .....	19
	acetic acid .....	55
	acetylcysteine .....	92
	acid gone antacid .....	95
	acid gone antacid e.strength .....	95
	acid reducer (famotidine) .....	95
	acitretin .....	28
	acne medication .....	95
	acne treatment (benzoyl perox) .....	96
	acne-clear .....	96
	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, 96
	adefovir .....	80
	ADEMPAS .....	92
	ADSTILADRIN .....	49
	adult aspirin regimen .....	96
	adult multivitamin gummies .....	96
	adult one daily gummies .....	96
	adult tussin chest congestion .....	96

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

adults 50 plus .....	96	altavera (28) .....	32
adults multivitamin .....	96	alum-mag hydroxide-simeth .....	96
ADVAIR HFA .....	92	aluminum hydroxide gel .....	96
advanced antacid-antigas .....	96	ALUNBRIG .....	68
ADVIN COVID-19 AG HOME TEST .....	96	alyacen 1/35 (28) .....	32
afirmelle .....	32	alyacen 7/7/7 (28) .....	32
aflora .....	96	alyq .....	92
AIMSCO LATEX CONDOM .....	96	amantadine hcl .....	18
AIRSUPRA .....	92	ambrisentan .....	92
AKEEGA .....	68	ameriphor .....	96
albendazole .....	76	amethia .....	32
albuterol sulfate .....	92	amethyst (28) .....	32
ALCOHOL PADS .....	49	amikacin .....	55
ALCOHOL PREP PADS .....	49	amiloride .....	19
ALCOHOL SWABS .....	49	amiloride-hydrochlorothiazide .....	19
ALCOHOL WIPES .....	49	aminophylline .....	92
ALECENSA .....	68	AMINOSYN II 10 % .....	83
alendronate .....	25	AMINOSYN II 15 % .....	83
alfuzosin .....	32	AMINOSYN-PF 10 % .....	83
aliskiren .....	19	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) .....	83
all day allergy (cetirizine) .....	96	amiodarone .....	19
all day pain relief .....	96	amitriptyline .....	64
all day relief .....	96	amladex .....	96
aller-g-time .....	96	amlodipine .....	19
allergy (diphenhydramine) .....	96	amlodipine-atorvastatin .....	19
allergy relief (cetirizine) .....	96	amlodipine-benazepril .....	19
allergy relief (loratadine) .....	96	amlodipine-olmesartan .....	19
allergy relief(diphenhydramin) .....	96	amlodipine-valsartan .....	19
allopurinol .....	17	ammonium lactate .....	28
almacone-2 .....	96	amnestem .....	28
alosetron .....	30	amoxapine .....	64
alprazolam .....	54	amoxicillin .....	55
altamist .....	96	amoxicillin-pot clavulanate .....	55

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

amphotericin b	66	antifungal ringworm	97
amphotericin b liposome	66	antiseptic	98
ampicillin	55	antiseptic skin clnsr(chlorhe)	98
ampicillin sodium	56	apomorphine	18
ampicillin-sulbactam	56	aprepitant	65
anagrelide	88	apri	32
anastrozole	68	APTIVUS	80
anecream5	96	aquanil hc	98
animal chews	97	aquaphor itch relief	98
ANKTIVA	68	aranelle (28)	32
antacid	97	ARCALYST	42
antacid (calcium carbonate)	97	AREXVY (PF)	42
antacid anti-gas	97	arformoterol	92
antacid exst (mag carb-al hyd)	97	ARIKAYCE	56
antacid ext str (calcium carb)	97	aripiprazole	77
antacid liquid	97	ARISTADA	77
antacid m	97	ARISTADA INITIO	77
antacid maximum strength	97	ARMOUR THYROID	40
antacid plus anti-gas	97	ARNUITY ELLIPTA	92
antacid regular strength	97	arthritis pain relief(capsaic)	98
antacid-antigas	97	arthritis-muscle (capsaicin)	98
anti-diarrheal (loperamide)	97	artificial eye lubricant	98
anti-itch (hc)	97	artificial tear(dxtrn-hpm-gly)	98
anti-nausea	97	artificial tears (pf)	98
antibiotic (bacitracin zinc)	97	artificial tears(glycerin-peg)	98
antibiotic (neomy-bacit-polym)	97	artificial tears(pvalch-povid)	98
antibiotic plus (pramoxine)	97	asenapine maleate	77
antibiotic plus pain rel(pram)	97	ashlyna	32
antibiotic-pain relief (bacit)	97	asperflex (lidocaine)	98
antifungal (clotrimazole)	97	aspirin	98
antifungal (miconazole)	97	aspirin,buffd-calcium carb-mag	98
antifungal (terbinafine)	97	atazanavir	80
antifungal extra thick	97	atenolol	19

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

atenolol-chlorthalidone .....	19	AYR SALINE .....	98
athlete's foot .....	98	ayuna .....	33
athlete's foot (clotrimazole) .....	98	AYVAKIT .....	68
athlete's foot (terbinafine) .....	98	azacitidine .....	68
athletic foot cream .....	98	azathioprine .....	42
atomoxetine .....	26	azelaic acid .....	28
atorvastatin .....	19	azelastine .....	46, 92
atovaquone .....	76	azithromycin .....	56
atovaquone-proguanil .....	76	azolen .....	98
atropine .....	46	aztreonam .....	56
ATROPINE SULFATE (PF) .....	46	azurette (28) .....	33
ATROVENT HFA .....	92		
aubra .....	33	<b>B</b>	
aubra eq .....	33	b complex .....	98
AUGTYRO .....	68	b complex 1 (with folic acid) .....	98
auro dri swimmers' ear .....	98	b complex-vitamin c-folic acid .....	98
aurovela 1.5/30 (21) .....	33	b-complex with vitamin c .....	98
aurovela 1/20 (21) .....	33	BABY AYR SALINE .....	98
aurovela 24 fe .....	33	bacitracin .....	46, 56, 98
aurovela fe 1-20 (28) .....	33	bacitracin zinc .....	98, 99
aurovela fe 1.5/30 (28) .....	33	bacitracin-polymyxin b .....	46
AUSTEDO .....	26	bacitraycin plus .....	99
AUSTEDO XR .....	26	baclofen .....	17
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	26	bal-care dha .....	83
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE .....	49	balsalazide .....	25
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS .....	49	BALVERSA .....	68
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS .....	49	balziva (28) .....	33
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	49	BAND-AID GAUZE PADS .....	49
AUVELITY .....	64	banophen .....	99
AUVI-Q .....	92	BAQSIMI .....	89
aveeno intense relief .....	98	BARACLUDE .....	80
aviane .....	33	BAVENCIO .....	68
AVMAPKI-FAKZYNJA .....	68	baza antifungal .....	99
		BCG VACCINE, LIVE (PF) .....	42

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

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	BINAXNOW COVID AG CARD HOME TST	99
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	49	BINAXNOW COVID-19 AG SELF TEST	99
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	49	bisacodyl	99
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	49	bismuth subsalicylate	99
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	49	bisoprolol fumarate	20
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	49	bisoprolol-hydrochlorothiazide	20
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	49	blisovi 24 fe	33
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	50	blisovi fe 1.5/30 (28)	33
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50	blisovi fe 1/20 (28)	33
BD VERITOR AT-HOME COVID19 TST	99	BOOSTRIX TDAP	42
BELSOMRA	48	BORDERED GAUZE	50
benazepril	19	BORTEZOMIB	68
benazepril-hydrochlorothiazide	19	BOSULIF	68
BENLYSTA	42	BRAFTOVI	68
benzoyl peroxide	99	BREO ELLIPTA	92
benztropine	18	BREZTRI AEROSPHERE	92
BESREMI	42	briellyn	33
beta-hc	99	brimonidine	46
BETADINE OPHTHALMIC PREP	46	brivaracetam	60
betaine	94	BRIVIACT	60
betamethasone acet,sod phos	39	bromocriptine	18
betamethasone dipropionate	28	BRUKINSA	69
betamethasone valerate	28	budesonide	25, 93

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

bumetanide .....	20	calcium-d3-zinc-copper-mangan .....	99
bupivacaine (pf) .....	54	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	69
bupivacaine hcl .....	54	camila .....	33
buprenorphine .....	52	camrese .....	33
buprenorphine hcl .....	26	camrese lo .....	33
buprenorphine-naloxone .....	26	candesartan .....	20
bupropion hcl .....	64	candesartan-hydrochlorothiazid .....	20
bupropion hcl (smoking deter) .....	26	CAPLYTA .....	77
bupirone .....	54, 55	CAPRELSA .....	69
butalbital-acetaminophen-caff .....	50	capsaicin .....	99
BYSANTI .....	77	capsaicin hp .....	99
BYSANTI TITRATION PACK A .....	77	capsaid es .....	99
BYSANTI TITRATION PACK B .....	77	captopril .....	20
BYSANTI TITRATION PACK C .....	77	captopril-hydrochlorothiazide .....	20
<b>C</b>			
c-nate dha .....	83	carbamazepine .....	60
CABENUVA .....	80	carbidopa .....	18
cabergoline .....	40	carbidopa-levodopa .....	18
CABOMETYX .....	69	carbidopa-levodopa-entacapone .....	19
cal-gest antacid .....	99	carboxymethylcellulose sodium .....	99
calcidol .....	99	CARESTART COVID-19 AG HOME TST .....	99
calcipotriene .....	28	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	50
calcitonin (salmon) .....	25	carglumic acid .....	83
calcitriol .....	25	carteolol .....	46
calcium antacid .....	99	cartia xt .....	20
calcium carb, citrate-vit d3 .....	99	carvedilol .....	20
calcium carbonate .....	99	caspofungin .....	66
calcium carbonate-vitamin d3 .....	99	CAYSTON .....	93
calcium chloride .....	83	cefaclor .....	56
calcium citrate .....	99	cefadroxil .....	56
calcium citrate + d .....	99	cefazolin .....	56
calcium citrate-vitamin d3 .....	99	cefazolin in dextrose (iso-os) .....	56
calcium gluconate .....	83	cefdinir .....	56
		cefepime .....	56

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

cefepime in dextrose 5 % .....	56	certavite senior .....	100
cefepime in dextrose,iso-osm .....	56	certavite-antioxidant .....	100
cefixime .....	56	cetirizine .....	93, 100
cefotetan .....	56	chateal eq (28) .....	33
cefoxitin .....	56	CHEMET .....	84
cefoxitin in dextrose, iso-osm .....	56	CHEST CONGESTION RELIEF .....	100
cefpodoxime .....	57	chest congestion relief dm .....	100
cefprozil .....	57	child allergy relf(cetirizine) .....	100
ceftaroline fosamil .....	57	child's all day allergy(cetir) .....	100
ceftazidime .....	57	children's acetaminophen .....	100
ceftriaxone .....	57	children's allergy (diphenhyd) .....	100
ceftriaxone in dextrose,iso-os .....	57	children's allergy relief(lor) .....	100
cefuroxime axetil .....	57	children's aspirin .....	100
cefuroxime sodium .....	57	children's cetirizine .....	100
celecoxib .....	52	children's chew multivitamin .....	100
CELLTRION DIATRUST COV-19 HOME .....	99	children's chewable multivitmn .....	100
central-vite .....	100	children's chewables .....	101
central-vite women's mature .....	100	children's loratadine .....	101
centravites 50 plus .....	100	children's mapap .....	101
centravites adults .....	100	children's multi-vit gummies .....	101
centrum .....	100	CHILDREN'S MULTIVITAMIN .....	101
centrum silver .....	100	children's multivitamin-immune .....	101
centrum women .....	100	children's pain reliever .....	101
century .....	100	children's pain-fever relief .....	101
century adult formula .....	100	children's saline nasal spray .....	101
century adults 50 plus .....	100	childrens chewables multivitmn .....	101
century mature .....	100	chlorhexidine gluconate .....	28, 101
century men 50 plus .....	100	chloroquine phosphate .....	76
century women 50 plus .....	100	chlorpromazine .....	77
cenvite .....	100	chlorthalidone .....	20
cephalexin .....	57	chlorzoxazone .....	92
CEQR SIMPLICITY .....	50	chocolate laxative .....	101
CEQR SIMPLICITY INSERTER .....	50	cholestyramine (with sugar) .....	20

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

cholestyramine light .....	20	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) .....	84
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN .....	39	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE .....	84
ciclodan .....	66	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE .....	84
ciclopirox .....	66	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE .....	84
cidofovir .....	80	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE .....	84
cilostazol .....	88	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE .....	84
CIMDUO .....	80	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE .....	84
cimetidine .....	30	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE .....	84
cimetidine hcl .....	30	CLINISOL SF 15 % .....	84
cinacalcet .....	25	CLINITEST COVID-19 HOME TEST .....	101
ciprofloxacin hcl .....	46, 57	CLINOLIPID .....	84
ciprofloxacin in 5 % dextrose .....	57	clobazam .....	61
citalopram .....	64	clobetasol .....	28, 29
citracal + d maximum .....	101	clobetasol-emollient .....	29
claravis .....	28	clomipramine .....	64
clarithromycin .....	57	clonazepam .....	55
CLEARBLUE PREGNANCY TEST .....	101	clonidine .....	20
clearcanal earwax softener .....	101	clonidine hcl .....	20
clearlax .....	101	clopidogrel .....	88
clindamycin hcl .....	57	clorazepate dipotassium .....	55
clindamycin in 0.9 % sod chlor .....	57	clotrimazole .....	66, 101
clindamycin in 5 % dextrose .....	57	clotrimazole 3 day .....	101
clindamycin palmitate hcl .....	57	clotrimazole af .....	101
clindamycin pediatric .....	57	clotrimazole-3 .....	101
clindamycin phosphate .....	28, 57	clotrimazole-7 .....	101
clindamycin-benzoyl peroxide .....	28	clotrimazole-betamethasone .....	66
clinere ear wax removal .....	101	clozapine .....	77, 78
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....	84	co q-10 .....	101
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....	84	COARTEM .....	76
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) .....	84	COBENFY .....	50
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....	84	COBENFY STARTER PACK .....	50
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) .....	84	coenzyme q10 .....	101
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) .....	84	coenzyme q10-vitamin e .....	101

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

COLACE .....	101	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	42
COLACE 2-IN-1 .....	101	COSENTYX UNOREADY PEN .....	42
COLACE CLEAR .....	101	COTELLIC .....	69
colchicine .....	17	COVID-19 AT-HOME TEST .....	102
colestipol .....	20	COVID-19 RAPID AT-HOME TEST .....	102
colistin (colistimethate na) .....	57	CREON .....	94
COMBIGAN .....	46	CRESEMBA .....	66
COMBIPATCH .....	33	critic-aid clear af(miconazol) .....	102
COMBIVENT RESPIMAT .....	93	cromolyn .....	46, 93
COMETRIQ .....	69	cryselle (28) .....	33
comfort gel .....	101	CUE COVID-19 HOME TEST .....	102
comfort gel extra strength .....	101	curae .....	102
complete multivitamin-mineral .....	101	CURITY ALCOHOL SWABS .....	50
complete mv adult 50 plus .....	101	CURITY GAUZE .....	50
complete natal dha .....	84	cyanocobalamin (vitamin b-12) .....	121
compro .....	65	cyclobenzaprine .....	92
conjugated estrogens .....	33	cyclophosphamide .....	69
constulose .....	30	cyclosporine .....	42, 47
COPIKTRA .....	69	cyclosporine modified .....	42
coq10 (ubiquinol) .....	102	CYRAMZA .....	69
coqmax ubiquinol .....	102	cyred .....	33
CORDX COVID-19 AG HOME TEST .....	102	cyred eq .....	33
CORDX TYFAST COVID-19 AG TEST .....	102	CYSTAGON .....	94
cortisone (hydrocortisone) .....	102	CYSTARAN .....	47
cortisone cooling .....	102		
cortisone with aloe .....	102		
cortizone-10 .....	102		
cortizone-10 feminine itch .....	102		
cortizone-10 with aloe .....	102		
corvita .....	102		
COSENTYX .....	42		
COSENTYX (2 SYRINGES) .....	42		
COSENTYX PEN .....	42		

**D**

d10 %-0.45 % sodium chloride .....	84
d2.5 %-0.45 % sodium chloride .....	84
d5 % and 0.9 % sodium chloride .....	84
d5 %-0.45 % sodium chloride .....	84
dabigatran etexilate .....	88
daily fiber .....	102
daily fiber (psyllium-aspart) .....	102
daily fiber (psyllium-sucrose) .....	102

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

daily gummies .....	102	DELSTRIGO .....	80
daily multi-vitamin .....	102	DENGVAIXIA (PF) .....	42
daily multiple for women .....	102	DEPO-ESTRADIOL .....	33
daily multivitamin with iron .....	102	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	33
daily multivitamin-minerals .....	102	DERMACEA .....	50
daily value .....	102	dermafungal .....	103
daily vitamin formula .....	102	dermaphor .....	103
daily vitamin formula-iron .....	102	dermarest eczema (hydrocort) .....	103
daily vitamin formula-minerals .....	102	DESCOVY .....	80
danazol .....	33	desenex .....	103
DANYELZA .....	69	desipramine .....	64
DANZITEN .....	69	desloratadine .....	93
dapagliflozin .....	89	desmopressin .....	39
dapagliflozin-metformin .....	89	desog-e.estradiol/e.estradiol .....	33
dapsone .....	67	desonide .....	29
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....	42	desvenlafaxine succinate .....	64
daptomycin .....	57	dexamethasone .....	39
daptomycin in 0.9 % sod chlor .....	57	dexamethasone intensol .....	39
darunavir .....	80	dexamethasone sodium phos (pf) .....	39
DARZALEX .....	69	dexamethasone sodium phosphate .....	39, 47
DARZALEX FASPRO .....	69	dexamethylphenidate .....	26
dasatinib .....	69	dextroamphetamine sulfate .....	26, 27
dasetta 1/35 (28) .....	33	dextroamphetamine-amphetamine .....	27
dasetta 7/7/7 (28) .....	33	dextromethorphan-guaifenesin .....	103
DAURISMO .....	69	dextrose 10 % and 0.2 % nacl .....	84
daylogic acne treatment .....	102	dextrose 10 % in water (d10w) .....	84
daysee .....	33	dextrose 20 % in water (d20w) .....	84
deblitane .....	33	dextrose 25 % in water (d25w) .....	84
debrox kids .....	102	dextrose 30 % in water (d30w) .....	84
debrox swimmer's ear .....	102	dextrose 40 % in water (d40w) .....	85
decitabine .....	69	dextrose 5 % in water (d5w) .....	85
deep sea nasal .....	102	dextrose 5 %-lactated ringers .....	85
deferasirox .....	84	dextrose 5%-0.2 % sod chloride .....	85

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	85	dolishale	33
dextrose 50 % in water (d50w)	85	donepezil	17
dextrose 70 % in water (d70w)	85	dorzolamide	47
diabetic multivitamin	103	dorzolamide-timolol	47
DIACOMIT	61	dorzolamide-timolol (pf)	47
dialyvit 800	103	dotti	34
diazepam	55, 61	double antibiotic (b.tracn zn)	103
diazepam intensol	55	double antibiotic-pain relief	103
diazoxide	89	DOVATO	80
diclofenac potassium	52	doxazosin	20
diclofenac sodium	29, 47, 52	doxepin	55
dicloxacillin	58	doxercalciferol	25
dicyclomine	30	doxy-100	58
didanosine	80	doxycycline hyclate	58
DIFICID	58	doxycycline monohydrate	58
DIGITAL PREGNANCY TEST	103	driminate	103
digoxin	20	dripdrop	103
dihydroergotamine	18	DRIZALMA SPRINKLE	27
DILANTIN	61	dronabinol	65
dilt-xr	20	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50
diltiazem hcl	20	DROPLET INSULIN SYRINGE	50
dimethyl fumarate	27	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	50
diphedryl	103	DROPLET PEN NEEDLE	50
diphenhydramine hcl	93, 103	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	50
diphenoxylate-atropine	30	DROPSAFE PEN NEEDLE	50
disulfiram	26	drospirenone-ethinyl estradiol	34
divalproex	61	DROXIA	50
docusate calcium	103	dry eye relief	103
docusate sodium	103	dry eye relief (peg 400)	103
DOCUSOL KIDS	103	DUAVEE	34
dodex	121	dulcolax (magnesium hydroxide)	103
dofetilide	20	duloxetine	27
dok	103	DUPIXENT PEN	42

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

DUPIXENT SYRINGE .....	42, 43	ELIGARD (3 MONTH) .....	40
DUREX AIR CONDOM .....	103	ELIGARD (4 MONTH) .....	40
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL .....	103	ELIGARD (6 MONTH) .....	40
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM .....	103	elinest .....	34
DUREX TROPICAL CONDOM .....	103	ELIQUIS .....	88
dutasteride .....	32	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	88
dutasteride-tamsulosin .....	32	ELIQUIS SPRINKLE .....	88
<b>E</b>			
ear drops (carbamide peroxide) .....	103	ELLUME COVID-19 HOME TEST .....	104
ear drops for swimmers .....	103	ELMIRON .....	32
ear dry .....	103	eluryng .....	34
ear wax removal drops .....	103	EMCYT .....	69
ear wax removal kit .....	103	emetrol .....	104
EARLY PREGNANCY TEST .....	104	emetrol chewable .....	104
EARLY RESULT PREGNANCY TEST .....	104	EMGALITY PEN .....	18
EASY COMFORT ALCOHOL PAD .....	50	EMGALITY SYRINGE .....	18
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS .....	50	EMPLICITI .....	69
EASYLIFE ALCOHOL PADS .....	51	EMSAM .....	64
econtra one-step .....	104	emtricitabine-tenofovir df .....	81
ed-apap .....	104	emtricitabine .....	81
EDURANT .....	80	emtricitabine-tenofovir (tdf) .....	81
EDURANT PED .....	81	EMTRIVA .....	81
efavirenz .....	81	emzahh .....	34
efavirenz-emtricitabin-tenofov .....	81	enalapril maleate .....	20
efavirenz-lamivu-tenofov disop .....	81	enalapril-hydrochlorothiazide .....	21
effaclar adapalene .....	104	ENBREL .....	43
electrolyte-148 .....	85	ENBREL MINI .....	43
electrolyte-48 in d5w .....	85	ENBREL SURECLICK .....	43
electrolyte-a .....	85	endit (zinc oxide) .....	104
electrolytes-dextrose .....	104	ENDOCET .....	52
ELELYSO .....	94	ENDOMETRIN .....	34
eletriptan .....	18	endur-b complex .....	104
ELIGARD .....	40	enema .....	104
		enema disposable .....	104

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

ENEMEEZ .....	104	escitalopram oxalate .....	64
ENEMEEZ KIDS .....	104	eslicarbazepine .....	61
ENEMEEZ PLUS .....	104	esomeprazole magnesium .....	30
ENGERIX-B (PF) .....	43	essentia .....	104
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....	43	estarylla .....	34
enilloring .....	34	estradiol .....	34
enoxaparin .....	88	estradiol valerate .....	34
enpresse .....	34	estradiol-norethindrone acet .....	34
ENSACOVE .....	69	ESTRING .....	34
enskyce .....	34	eszopiclone .....	48
entacapone .....	19	ethambutol .....	67
entecavir .....	81	ethosuximide .....	61
ENTRESTO SPRINKLE .....	21	ethynodiol diac-eth estradiol .....	34
enulose .....	30	etodolac .....	52
ENVARSUS XR .....	43	etonogestrel-ethinyl estradiol .....	34
EPCLUSA .....	81	etravirine .....	81
EPIDIOLEX .....	61	EULEXIN .....	69
epinephrine .....	93	EVERLYWELL COVID19 HOM COLLECT .....	104
epitol .....	61	everolimus (antineoplastic) .....	69, 70
EPRONTIA .....	61	everolimus (immunosuppressive) .....	43
eq gentle .....	104	EVOTAZ .....	81
ERBITUX .....	69	exemestane .....	70
ergocalciferol (vitamin d2) .....	104, 121	expectorant dm .....	104
ergotamine-caffeine .....	18	EXXUA .....	64
ERIVEDGE .....	69	eyes alive .....	104
ERLEADA .....	69	EYSUVIS .....	47
erlotinib .....	69	ezetimibe .....	21
errin .....	34	ezetimibe-simvastatin .....	21
ertapenem .....	58	<b>F</b>	
ERYTHROCIN .....	58	fa-8 .....	104
erythromycin .....	47, 58	falmina (28) .....	34
erythromycin lactobionate .....	58	famciclovir .....	81
erythromycin with ethanol .....	29	famotidine .....	30, 104

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

famotidine (pf) .....	30	fiber (psyllium husk) .....	105
FANAPT .....	78	fiber (psyllium husk-sugar) .....	105
FANAPT TITRATION PACK A .....	78	fiber (with aspartame) .....	105
FANAPT TITRATION PACK B .....	78	fiber laxative (ca polycarbo) .....	105
FANAPT TITRATION PACK C .....	78	fiber laxative(methylcellulos) .....	105
FANTASY CONDOM .....	104	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) .....	105
FARXIGA .....	89	fiber therapy (m-cellulose) .....	105
FASENRA PEN .....	93	fiber therapy (psyllium-sucro) .....	105
FASTEP COVID-19 AG HOME TEST .....	104	fiber therapy(psyl seed-sugar) .....	105
FC2 FEMALE CONDOM .....	104	fiber-lax .....	105
fe-vite .....	104	fidaxomicin .....	58
febuxostat .....	17	finasteride .....	32
feirza .....	34	fingolimod .....	27
felbamate .....	61	FINTEPLA .....	61
felodipine .....	21	FIRMAGON .....	40
fem moist andlub(glycerin-hec) .....	104	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	40
FEMLYV .....	34	first aid antibiotic .....	105
fenofibrate .....	21	first aid antibiotic-pain rlf .....	105
fenofibrate micronized .....	21	first aid antiseptic(povidone) .....	105
fenofibrate nanocrystallized .....	21	FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST .....	105
fenofibric acid .....	21	flecainide .....	21
fentanyl .....	53	FLEET ENEMA .....	105
feosol .....	104	FLEET GLYCERIN LAXATIVE .....	105
ferosul .....	104	FLEET PEDIATRIC .....	105
ferro-time .....	104	flintstones multivitamin .....	105
ferrous sulfate .....	104, 105	flintstones/extra c .....	105
fesoterodine .....	32	floraxyl .....	105
FETZIMA .....	64	flotrex .....	105
FEVERALL .....	105	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST .....	105
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....	89	fluconazole .....	66
FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....	89	fluconazole in nacl (iso-osm) .....	66
FIASP U-100 INSULIN .....	89	flucytosine .....	66
fiber (calcium polycarbophil) .....	105	fludrocortisone .....	39

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

flunisolide .....	93	FUZEON .....	81
fluocinolone .....	29	FYCOMPA .....	61
fluocinolone acetonide oil .....	17	<b>G</b>	
fluocinolone and shower cap .....	29	gabapentin .....	61
fluocinonide .....	29	galantamine .....	17
fluorometholone .....	47	gallifrey .....	34
fluorouracil .....	29, 70	GAMUNEX-C .....	43
fluoxetine .....	64	GARDASIL 9 (PF) .....	43
fluphenazine decanoate .....	78	gatifloxacin .....	47
fluphenazine hcl .....	78	GAUZE BANDAGE .....	51
flurbiprofen .....	53	GAUZE PAD .....	51
flurbiprofen sodium .....	47	gavilax .....	106
fluticasone propion-salmeterol .....	93	gavilyte-c .....	30
fluticasone propionate .....	29, 93	gavilyte-g .....	30
fluvastatin .....	21	gavilyte-n .....	30
fluvoxamine .....	64	GAVRETO .....	70
foaming antacid .....	105	GAZYVA .....	70
folamax .....	105	gefitinib .....	70
folapime .....	105	gemfibrozil .....	21
folic acid .....	105, 121	GEMTESA .....	32
folicore b complex .....	106	GENABIO COVID-19 RAPID AT-HOME .....	106
FOLIKA-BC .....	106	generlac .....	31
folixia .....	106	gentamicin .....	47, 58
FORTEO .....	25	gentamicin in nacl (iso-osm) .....	58
fosamprenavir .....	81	gentamicin sulfate (ped) (pf) .....	58
fosfomycin tromethamine .....	58	gentle laxative (bisacodyl) .....	106
fosinopril .....	21	gentle laxative (mag hydrox) .....	106
fosinopril-hydrochlorothiazide .....	21	GENVOYA .....	81
fosphenytoin .....	61	geri-lanta .....	106
FOTIVDA .....	70	geri-mox antacid-antigas .....	106
FRUZAQLA .....	70	geri-mucil (aspartame) .....	106
full spectrum b-vitamin c .....	106	geri-mucil (sugar) .....	106
furosemide .....	21	GILOTRIF .....	70

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

glatiramer .....	27	hair,skin and nails(fa-biotin) .....	106
glatopa .....	27	haloette .....	34
GLEOSTINE .....	70	haloperidol .....	78
glimepiride.....	89	haloperidol decanoate .....	78
glipizide .....	89	haloperidol lactate .....	78
glipizide-metformin .....	89	HAVRIX (PF) .....	43
glucose .....	106	headache relief (asa-acet-caf) .....	106
glucose gel .....	106	healthylax .....	106
glutamine (sickle cell) .....	31	heartburn relief .....	106
glycerin .....	106	heartburn relief (famotidine) .....	106
glycerin (adult) .....	106	heather .....	34
glycerin (child) .....	106	hemorrhoid-fissure pain .....	106
GLYCOPHOS .....	85	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) .....	106
glycopyrrolate .....	31	hemorrhoidal cooling .....	106
GLYXAMBI .....	90	hemorrhoidal cream .....	106
GOMEKLI .....	70	hemorrhoidal relief .....	106
GOTOKNOW COVID-19 AG HOME TEST .....	106	hemorrhoidal(pe-min oil-petro) .....	107
granisetron hcl .....	65	heparin (porcine) .....	88
griseofulvin microsize .....	66	heparin, porcine (pf) .....	88
griseofulvin ultramicrosize .....	67	HEPLISAV-B (PF) .....	43
guaifenesin .....	106	her style .....	107
guanfacine .....	21, 27	HERNEXEOS .....	70
gummi bear multivitamin .....	106	HIBERIX (PF) .....	43
gummy dinos .....	106	high potency multivit (w-iron) .....	107
gyne-lotrimin 7 .....	106	high potency multivitamin .....	107
<b>H</b>			
HAEGARDA .....	43	home lice-bedbug-dust mite spr .....	107
hailey .....	34	HUMIRA .....	43
hailey 24 fe .....	34	HUMIRA PEN .....	43
hailey fe 1.5/30 (28) .....	34	HUMIRA(CF) .....	43
hailey fe 1/20 (28) .....	34	HUMIRA(CF) PEN .....	43
hair vitamins .....	106	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....	43
hair,skin and nails .....	106	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS .....	43
		HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN .....	90

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

hydralazine .....	21	IHEALTH COVID-19 AG HOME TEST .....	107
hydralyte .....	107	ILEVRO .....	47
hydrating electrolyte .....	107	imatinib .....	70
hydration multiplier .....	107	IMBRUVICA .....	70
hydrochlorothiazide .....	21	IMFINZI .....	70
hydrocodone-acetaminophen .....	53	imipenem-cilastatin .....	58
hydrocodone-ibuprofen .....	53	imipramine hcl .....	64
hydrocortisone .....	25, 29, 107	imiquimod .....	29
hydrocortisone acetate .....	107	IMJUDO .....	70
hydrocortisone butyrate .....	29	IMKELDI .....	70
hydrocortisone plus .....	107	IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....	43
hydrocortisone-acetic acid .....	17	IMPAVIDO .....	76
hydrocortisone-aloe vera .....	107	incassia .....	34
hydrocream .....	107	INCONTROL ALCOHOL PADS .....	51
hydrolatum .....	107	INCRELEX .....	39
hydromorphone .....	53	indapamide .....	21
hydroxychloroquine .....	76	INDICAID COVID-19 AG HOME TEST .....	107
hydroxyurea .....	70	indomethacin .....	53
hydroxyzine hcl .....	55	INFANRIX (DTAP) (PF) .....	43
hydroxyzine pamoate .....	93	infant pain reliever .....	107
HYRNUO .....	70	infant's acetaminophen .....	107
<b>I</b>			
ibandronate .....	25	infant-toddler multivit .....	107
IBRANCE .....	70	infant-toddler multivit-iron .....	107
IBTROZI .....	70	infant-toddler multivitamin .....	107
ibu .....	53	infants' pain and fever .....	107
ibuprofen .....	53, 107	INLEXZO .....	70
icatibant .....	43	INLURIYO .....	71
iclevia .....	34	INLYTA .....	71
ICLUSIG .....	70	INQOVI .....	71
icy hot max (lido hcl-menthol) .....	107	INREBIC .....	71
IDHIFA .....	70	INSULIN ASPART U-100 .....	90
IDVYNSO .....	81	INSULIN LISPRO .....	90
		INSULIN SYRINGE MICROFINE .....	51

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	51	itraconazole .....	67
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE .....	51	IV PREP WIPES .....	51
INTELENCE .....	81	ivabradine .....	22
INTELISWAB COVID-19 HOME TEST .....	107	ivermectin .....	76
INTRALIPID .....	85	IWILFIN .....	71
introvale .....	35	IXIARO (PF) .....	43
INVEGA HAFYERA .....	78	<b>J</b>	
INVEGA SUSTENNA .....	78	jaimiess .....	35
INVEGA TRINZA .....	78	JAKAFI .....	71
inzo antifungal .....	107	JAKAFI XR .....	71
IONOSOL-MB IN D5W .....	85	jantoven .....	88
IPOL .....	43	JANUMET .....	90
ipratropium bromide .....	93	JANUMET XR .....	90
ipratropium-albuterol .....	93	JANUVIA .....	90
irbesartan .....	21	JARDIANCE .....	90
irbesartan-hydrochlorothiazide .....	21	jasmiel (28) .....	35
iron .....	107	JAYPIRCA .....	71
iron (ferrous sulfate) .....	107	JEMPERLI .....	71
ISENTRESS .....	81	jencycla .....	35
ISENTRESS HD .....	81	JENTADUETO .....	90
isibloom .....	35	JENTADUETO XR .....	90
ISOLYTE S PH 7.4 .....	85	jock itch (clotrimazole) .....	108
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....	85	jock itch (terbinafine) .....	108
ISOLYTE-S .....	85	juleber .....	35
isoniazid .....	67	JULUCA .....	81
isosorbide dinitrate .....	21	junel 1.5/30 (21) .....	35
isosorbide mononitrate .....	21	junel 1/20 (21) .....	35
isosorbide-hydralazine .....	22	junel fe 1.5/30 (28) .....	35
isotretinoin .....	29	junel fe 1/20 (28) .....	35
itch relief (clotrimazole) .....	107	junel fe 24 .....	35
itch relief (hc) .....	107	JYLAMVO .....	43
itch relief (hc) with aloe .....	108	JYNARQUE .....	85
ITOVEBI .....	71	JYNNEOS (PF) .....	44

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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>K</b>			
KABIVEN .....	85	KLOXXADO .....	26
KALETRA .....	81	KOMZIFTI .....	71
kalliga .....	35	konsyl (sugar) .....	108
KANJINTI .....	71	KOSELUGO .....	71
kariva (28) .....	35	KRAZATI .....	71
kelnor 1/35 (28) .....	35	kurvelo (28) .....	35
kelnor 1/50 (28) .....	35	<b>L</b>	
kelp-lecithin-b6 .....	108	l norgest/e.estradiol-e.estrad .....	35
KERENDIA .....	22	labetalol .....	22
KESIMPTA PEN .....	27	lacosamide .....	61
ketoconazole .....	67	lactated ringers .....	85
ketorolac .....	47, 53	lactulose .....	31
keyfolic .....	108	lamivudine .....	81
KEYTRUDA .....	71	lamivudine-zidovudine .....	81
KEYTRUDA QLEX .....	71	lamotrigine .....	61
KIMONO LUBRICATED CONDOMS .....	108	LAMPIT .....	76
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON .....	108	lanashield .....	108
KIMONO MICROTHIN CONDOMS .....	108	lanreotide .....	40
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS .....	108	lansoprazole .....	31
KIMONO TEXTURED CONDOMS .....	108	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN .....	90
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS .....	108	LANTUS U-100 INSULIN .....	90
kinderlyte .....	108	lapatinib .....	71
KINRIX (PF) .....	44	larin 1.5/30 (21) .....	35
kionex .....	85	larin 1/20 (21) .....	35
KISQALI .....	71	larin 24 fe .....	35
KISQALI FEMARA CO-PACK .....	71	larin fe 1.5/30 (28) .....	35
klayesta .....	67	larin fe 1/20 (28) .....	35
klor-con 10 .....	85	latanoprost .....	47
klor-con 8 .....	85	laxative (bisacodyl) .....	108
klor-con m10 .....	85	laxative (sennosides) .....	108
KLOR-CON M15 .....	85	LAZCLUZE .....	71
klor-con m20 .....	85	leena 28 .....	35
		leflunomide .....	44

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

lenalidomide .....	71	lice treatment (permethrin) .....	108
LENVIMA .....	71, 72	lice-bedbug-mite bedding .....	108
lessina .....	35	lidocaine .....	54, 108
letrozole .....	72	lidocaine hcl .....	54, 108
leucovorin calcium .....	72	lidocaine plus .....	108
LEUKERAN .....	72	lidocaine-epinephrine .....	54
leuprolide .....	41	lidocaine-prilocaine .....	54
leuprolide acetate (3 month) .....	41	lidosync (lidocaine-menthol) .....	108
levabuterol tartrate .....	93	LIFYORLI .....	72
levetiracetam .....	61, 62	linagliptin-metformin .....	90
levetiracetam in nacl (iso-os) .....	62	linezolid .....	58
LEVO-T .....	40	linezolid in dextrose 5% .....	58
levobunolol .....	47	linezolid-0.9% sodium chloride .....	58
levocarnitine .....	85	LINZESS .....	31
levocarnitine (with sugar) .....	85	liomny .....	40
levocetirizine .....	93	liothyronine .....	40
levofloxacin .....	58	liquid antacid .....	108
levofloxacin in d5w .....	58	lisinopril .....	22
levoleucovorin calcium .....	72	lisinopril-hydrochlorothiazide .....	22
levonest (28) .....	35	lithium carbonate .....	48
levonorg-eth estrad triphasic .....	35	lithium citrate .....	48
levonorgestrel .....	108	little animals-iron .....	108
levonorgestrel-ethinyl estrad .....	35	LIVTENCITY .....	82
levora-28 .....	35	lo-zumandimine (28) .....	35
levothyroxine .....	40	LOCOID LIPOCREAM .....	29
LEVOXYL .....	40	LOESTRIN 1.5/30 (21) .....	35
LIBERVANT .....	62	LOESTRIN 1/20 (21) .....	35
LIBTAYO .....	72	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) .....	35
lice bedding spray .....	108	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) .....	36
lice killing .....	108	lojaimiess .....	36
lice killing (permethrin) .....	108	LOKELMA .....	85
lice pyrinyl shampoo .....	108	lomustine .....	72
lice treatment .....	108	LONSURF .....	72

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.



MATULANE .....	72	methadone .....	53
meclizine .....	65, 109	methadone intensol .....	53
medroxyprogesterone .....	36	methazolamide .....	47
mefloquine .....	76	methenamine hippurate .....	59
mega multiple/chelated mineral .....	109	methimazole .....	41
mega multivitamin for men .....	109	methocarbamol .....	92
megestrol .....	36	methotrexate sodium .....	44
MEKINIST .....	72	methotrexate sodium (pf) .....	44
MEKTOVI .....	72	methsuximide .....	62
meleya .....	36	methyl dopa .....	22
meloxicam .....	53	methylphenidate hcl .....	27
memantine .....	17	methylprednisolone .....	39
men 50 plus advanced one daily .....	109	methylprednisolone acetate .....	39
men 50 plus multivitamin .....	109	methylprednisolone sodium succ .....	39
men under 50 multivitamin .....	109	metoclopramide hcl .....	65
men's 50 plus daily formula .....	109	metolazone .....	22
men's 50 plus multivitamin .....	109	metoprolol succinate .....	22
men's daily formula .....	109	metoprolol ta-hydrochlorothiaz .....	22
men's daily gummies .....	109	metoprolol tartrate .....	22
men's daily multivitamin .....	109	metronidazole .....	59
men's multivitamin gummies .....	110	metronidazole in nacl (iso-os) .....	59
men's one daily .....	110	metyrosine .....	22
men's pack .....	110	micafungin .....	67
MENEST .....	36	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL .....	67
MENQUADFI (PF) .....	44	micatin .....	110
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	44	miconazole nitrate .....	110
mercaptopurine .....	72	miconazole-3 .....	67, 110
meropenem .....	59	miconazole-7 .....	110
meropenem-0.9% sodium chloride .....	59	miconazorb af .....	110
mesalamine .....	25, 26	micotrin ac .....	110
mesna .....	72	micotrin ap .....	110
metamucil (with sugar) .....	110	micro-guard .....	110
metformin .....	90	microgestin 1.5/30 (21) .....	36

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

microgestin 1/20 (21) .....	36	morphine .....	53
microgestin fe 1.5/30 (28) .....	36	morphine concentrate .....	53
microgestin fe 1/20 (28) .....	36	motion sickness .....	110
midodrine .....	22	motion sickness (meclizine) .....	110
mifepristone .....	51	motion sickness relief .....	110
migraine formula .....	110	motion sickness relief(mecliz) .....	111
migraine relief .....	110	motion-time .....	111
mili .....	36	MOUNJARO .....	90
milk of magnesia .....	110	MOVANTIK .....	31
milk of magnesia concentrated .....	110	moxifloxacin .....	47, 59
mimvey .....	36	moxifloxacin-sod.chloride(iso) .....	59
mini multivitamins-iron .....	110	MRESVIA (PF) .....	44
minocycline .....	59	MULTAQ .....	22
minoxidil .....	22	multi antibiotic plus .....	111
mintox maximum strength .....	110	multi complete with iron .....	111
mintox plus .....	110	multi for her 50 plus .....	111
mirafast .....	110	multi-day with iron .....	111
MIRENA .....	51	multi-vit with fluoride-iron .....	111
mirtazapine .....	64	multi-vitamin with fluoride .....	111
misoprostol .....	31	multi-vite .....	111
mitomycin .....	72	multihealth fiber .....	111
modafinil .....	48	multihealth fiber (sugar) .....	111
MODEYSO .....	73	multiple vitamin-minerals .....	111
moexipril .....	22	multiple vitamins .....	111
moisturizing cream .....	110	multivit with min-folic acid .....	111
moisturizing lubricant .....	110	multivit,calc,min-fa-k1-lycop .....	111
molindone .....	78, 79	multivit-min-ferrous gluconate .....	111
mometasone .....	29, 93	multivitamin .....	111
mondoxylene nl .....	59	multivitamin men's 50 plus .....	111
monistat 3 .....	110	multivitamin with iron .....	111
monistat care (hydrocortisone) .....	110	multivitamin with minerals .....	111
mono-lynyah .....	36	multivitamin women 50 plus .....	111
montelukast .....	93	mupirocin .....	29

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

murine ear wax removal system	111	natural fiber laxative (sugar)	112
MVASI	73	natural tears (pf)	112
my choice	111	nausea relief	112
my way	111	NAYZILAM	62
mycophenolate mofetil	44	nebivolol	22
mycophenolate mofetil (hcl)	44	necon 0.5/35 (28)	36
mycophenolate sodium	44	nefazodone	65
mycozyl ac	111	neo-vital rx	86
mycozyl ap	111	neomycin	59
mylanta maximum strength	111	neomycin-bacitracin-poly-hc	47
myo-tone	111	neomycin-bacitracin-polymyxin	47
MYRBETRIQ	32	neomycin-polymyxin b-dexameth	47
<b>N</b>			
nabumetone	54	neomycin-polymyxin-gramicidin	47
nadolol	22	neomycin-polymyxin-hc	17, 47
nafcillin	59	NEONATAL COMPLETE	86
nafcillin in dextrose iso-osm	59	NEONATAL PLUS VITAMIN	86
naloxone	26, 111	NEONATAL-DHA	86
naltrexone	26	neosporin (neo-bac-polym)	112
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	51	neosporin plus burn relief	112
NANO PEN NEEDLE	51	nephro vitamins	112
naproxen	54	NEPHRO-VITE	112
naproxen sodium	54, 111	NEPHRONEX	112
naratriptan	18	NERLYNX	73
NARCAN	111	nevirapine	82
nasal antiseptic swabs	111	new day	112
nasal decongestant (pseudoeph)	111	NEXLETOL	22
nasal moisturizing	112	NEXLIZET	22
nasal spray (sodium chloride)	112	NEXPLANON	36
NATACYN	47	niacin	22
NATAZIA	36	niacor	22
nateglinide	90	nicotinamide (with chromium)	112
natural daily fiber	112	nicotine	112
		nicotine (polacrilex)	112

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

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 INSULIN .....	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
NIVESTYM .....	88	np thyroid .....	40
nizatidine .....	31	NUBEQA .....	73
noble formula hc .....	112	NUCALA .....	93
NORA-BE .....	36	NUEDEXTA .....	27
norelgestromin-ethin.estradiol .....	36	numbcream .....	112
noreth-ethinyl estradiol-iron .....	36	NUPLAZID .....	79
norethindrone (contraceptive) .....	36	nusyllium .....	112
norethindrone ac-eth estradiol .....	37	nutralyn .....	112
norethindrone acetate .....	37	NUTRILIPID .....	86
norethindrone-e.estradiol-iron .....	37	NUTRISOURCE FIBER .....	112
norgestimate-ethinyl estradiol .....	37	nyamyc .....	67
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE .....	86	nylia 1/35 (28) .....	37
NORMOSOL-R .....	86	nylia 7/7/7 (28) .....	37
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE .....	86	nystatin .....	67
NORMOSOL-R PH 7.4 .....	86	nystatin-triamcinolone .....	67
nortrel 0.5/35 (28) .....	37	nystop .....	67
nortrel 1/35 (21) .....	37		
nortrel 1/35 (28) .....	37		
nortrel 7/7/7 (28) .....	37		

**0**

ocella .....	37
octreotide acetate .....	41

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

octreotide,microspheres .....	41	ondansetron hcl .....	66
ODEFSEY .....	82	ondansetron hcl (pf) .....	66
ODOMZO .....	73	one daily .....	112
ofloxacin .....	17, 47, 59	one daily energy .....	112
OGSIVEO .....	73	one daily essential .....	112
OHC COVID-19 ANTIGEN HOME TEST .....	112	one daily for men .....	112
OJEMDA .....	73	one daily for women .....	112
OJJAARA .....	73	one daily healthy weight .....	112
olanzapine .....	79	one daily maximum .....	113
olmesartan .....	23	one daily men's 50 plus w-d3 .....	113
olmesartan-amlodipin-hcthiazid .....	23	one daily men's health .....	113
olmesartan-hydrochlorothiazide .....	23	one daily multivit-iron(folic) .....	113
omega-3 acid ethyl esters .....	23	one daily multivitamin .....	113
omeprazole .....	31	one daily multivitamin women .....	113
omnicap .....	112	one daily plus iron .....	113
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) .....	51	one daily women 50 plus .....	113
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) .....	51	one daily women 50 plus(vit k) .....	113
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) .....	51	one daily women's .....	113
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) .....	51	one daily womens 50 plus .....	113
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) .....	51	one natal rx .....	86
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) .....	51	ONE STEP PREGNANCY TEST .....	113
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) .....	51	one-a-day cholesterol plus .....	113
OMNIPOD GO PODS .....	51	one-a-day essential .....	113
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY .....	51	one-a-day maximum formula .....	113
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY .....	51	one-a-day men vitacraves .....	113
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY .....	51	one-a-day men's pro edge .....	113
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY .....	51	one-a-day teen advantage .....	113
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY .....	51	one-a-day women vitacraves .....	113
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY .....	51	one-a-day women's 50 plus .....	113
OMNITROPE .....	39	onelax fiber (with sucrose) .....	113
ON-GO COVID-19 AG AT HOME TEST .....	112	onevite daily multivitamin .....	113
oncovite .....	112	ONUREG .....	73
ondansetron .....	65	OPDIVO .....	73

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

OPDIVO QVANTIG .....	73	pain reliever plus .....	114
OPDUALAG .....	73	paliperidone .....	79
OPILL .....	113	PANRETIN .....	73
OPIPZA .....	79	pantoprazole .....	31
OPSUMIT .....	93	pantoprazole in 0.9% sod chlor .....	31
option-2 .....	113	paricalcitol .....	25
OPVEE .....	26	paroxetine hcl .....	65
ORACIT .....	113	PAXLOVID .....	82
oralyte .....	113	pazopanib .....	73
ORGOVYX .....	73	pedia iron .....	114
orquidea .....	37	pedia tri-vite .....	114
ORSERDU .....	73	PEDIA-LAX .....	114
oseltamivir .....	82	pedia-lax stool softener .....	114
OTULFI .....	44	PEDIARIX (PF) .....	44
overnight lubricating eye .....	113	pediatric electrolyte .....	114
oxacillin .....	59	pediatric enema .....	114
oxacillin in dextrose(iso-osm) .....	59	pediatric freezer pops .....	114
oxcarbazepine .....	62	pediatric tri-vite .....	114
oxybutynin chloride .....	32	PEDVAX HIB (PF) .....	44
oxycodone .....	54	peg 3350-electrolytes .....	31
oxycodone-acetaminophen .....	54	peg-electrolyte soln .....	31
oyster shell + d3 .....	113	PEGASYS .....	44
oyster shell calcium .....	113	PEMAZYRE .....	73
oyster shell calcium 500 .....	113	PEN NEEDLE, DIABETIC .....	51
oyster shell calcium-vit d3 .....	113	PENBRAYA (PF) .....	44
oystercal-d .....	113	penicillamine .....	86
OZEMPIC .....	91	penicillin g pot in dextrose .....	59
<b>P</b>			
PACERONE .....	23	penicillin g potassium .....	59
pain relief (acetaminophen) .....	113	penicillin g sodium .....	59
pain relief es (acetaminophen) .....	114	penicillin v potassium .....	59
pain reliever (acetaminophen) .....	114	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) .....	44
pain reliever es(acetaminophn) .....	114	PENTACEL (PF) .....	44
		pentamidine .....	77

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

pentoxifylline .....	23	piperacillin-tazobactam .....	59
perampanel .....	62	PIQRAY .....	73
PERIKABIVEN .....	86	pirfenidone .....	93
perindopril erbumine .....	23	piroxicam .....	54
periogard .....	28	PIXEL COVID19 HOME COLLECT KIT .....	114
PERJETA .....	73	PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 .....	86
permethrin .....	29	PLASMA-LYTE A .....	86
perphenazine .....	79	PLENAMINE .....	86
personal lubricating jelly .....	114	podofilox .....	30
petrolatum .....	114	polocaine .....	54
phenelzine .....	65	polocaine-mpf .....	54
phenobarbital .....	62	poly bacitracin (zinc) .....	114
phenytoin .....	62	poly-vita drops .....	114
phenytoin sodium .....	62	polycin .....	48
phenytoin sodium extended .....	62	polyethylene glycol 3350 .....	114
philith .....	37	polymyxin b sulf-trimethoprim .....	48
phospha 250 neutral .....	114	polymyxin b sulfate .....	59
phospho-trin 250 neutral .....	114	polyvinyl alcohol .....	114
phospho-trin k500 .....	114	pomalidomide .....	73
phosphorous .....	114	portia 28 .....	37
phosphorous supplement .....	114	posaconazole .....	67
phytonadione (vitamin k1) .....	114	pot,sodium citrate-citric acid .....	114
PIFELTRO .....	82	potassium acetate .....	86
pilocarpine hcl .....	28, 47	potassium chlorid-d5-0.45%nacl .....	86
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST .....	114	potassium chloride .....	86
pimecrolimus .....	29	potassium chloride in 0.9%nacl .....	86
pimozide .....	79	potassium chloride in 5 % dex .....	86
pimtrea (28) .....	37	potassium chloride in lr-d5 .....	86
pinaway .....	114	potassium chloride in water .....	87
pink bismuth .....	114	potassium chloride-0.45 % nacl .....	87
pinworm treatment .....	114	potassium chloride-d5-0.2%nacl .....	87
pioglitazone .....	91	potassium chloride-d5-0.9%nacl .....	87
pioglitazone-metformin .....	91	potassium citrate .....	87

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

potassium citrate-citric acid	114	primaquine	77
potassium, sodium phosphates	114	primidone	62
POTELIGEO	73	PRIMSOL	59
povidone-iodine	114, 115	PRIORIX (PF)	44
pr natal 400	87	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	51
pr natal 400 ec	87	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	51
pr natal 430	87	probenecid	17
pr natal 430 ec	87	probenecid-colchicine	17
pramipexole	19	prochlorperazine	66
prasugrel hcl	88	prochlorperazine edisylate	66
pravastatin	23	prochlorperazine maleate	66
praziquantel	77	procto-med hc	30
prazosin	23	proctosol hc	30
prednisolone	39	proctozone-hc	30
prednisolone acetate	48	profend	115
prednisolone sodium phosphate	39, 48	profola	115
prednisone	39	progesterone	37
prednisone intensol	39	progesterone micronized	37
pregabalin	27	PROGRAF	44
PREGNANCY TEST	115	PROLIA	25
PREMARIN	37	PROMACTA	88
PREMASOL 10 %	87	promethazine	66
PRENATA	87	promethazine-codeine	115
PRENATABS FA	87	propafenone	23
prenatal plus (calcium carb)	87	propranolol	23
prenatal plus vitamin-mineral	87	propylthiouracil	41
PRENATE ELITE	87	PROQUAD (PF)	44
preparation h hydrocortisone	115	PROSOL 20 %	87
prevalite	23	protective ointment	115
PREVYMIS	82	protriptyline	65
PREZCOBIX	82	pseudoephedrine hcl	115
PREZISTA	82	psyllium husk	115
PRIFTIN	68	psyllium husk (with sugar)	115

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

PULMOZYME .....	94	RAPID SARS-COV-2 AG HOME TEST .....	115
pure and gentle (saline) .....	115	rasagiline .....	19
PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....	51	READY-TO-USE ENEMA .....	115
purevit dualfe plus .....	115	readyprep pvp .....	115
purevita folic acid .....	115	reclipsen (28) .....	37
PURIXAN .....	73	RECOMBIVAX HB (PF) .....	44, 45
pvp prep .....	115	rectalief .....	115
pyrazinamide .....	68	rectasmoothe .....	115
pyridostigmine bromide .....	18	reese's pinworm medicine .....	115
pyridoxine (vitamin b6) .....	115	reguloid (aspartame) .....	115
pyrimethamine .....	77	reguloid (psyllium husk) .....	115
<b>Q</b>			
q-sorb co q-10 .....	115	reguloid (psyllium husk-sucro) .....	115
QINLOCK .....	74	RELENZA DISKHALER .....	82
QUADRACEL (PF) .....	44	remedy antifungal .....	115
quetiapine .....	79	remedy phytoplex antifungal .....	115
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST .....	115	rena-vite .....	115
quinapril .....	23	rena-vite rx .....	116
quinapril-hydrochlorothiazide .....	23	renal vitamin .....	116
quinidine sulfate .....	23	renal-vite .....	116
quinine sulfate .....	77	reno caps .....	116
quintabs .....	115	repaglinide .....	91
quintabs-m iron free .....	115	REPATHA PUSHTRONEX .....	23
QULIPTA .....	18	REPATHA SURECLICK .....	23
qunol mega coq10 .....	115	REPATHA SYRINGE .....	23
<b>R</b>			
RABAVERT (PF) .....	44	restore plus (cmcellulose) .....	116
rabeprazole .....	31	restore pm .....	116
RALDESY .....	65	RETACRIT .....	89
raloxifene .....	37	retaine cmc .....	116
ramelteon .....	48	retaine pm .....	116
ramipril .....	23	RETEVMO .....	74
ranolazine .....	23	RETROVIR .....	82
		REVCOVI .....	94
		REVUFORJ .....	74

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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	ROTARIX .....	45
REXULTI .....	79	ROTATEQ VACCINE .....	45
REYATAZ .....	82	roweepra .....	62
REZDIFFRA .....	51	ROZLYTREK .....	74
REZLIDHIA .....	74	RUBRACA .....	74
RHOPRESSA .....	48	rufinamide .....	62
RIABNI .....	74	RUKOBIA .....	82
ribavirin .....	82	RUXIENCE .....	74
rid lice killing .....	116	RYBELSUS .....	91
rifabutin .....	68	RYBREVANT .....	74
rifampin .....	68	RYBREVANT FASPRO .....	74
rilpivirine hcl .....	82	RYDAPT .....	74
riluzole .....	27		
rimantadine .....	82		
ringer's .....	87		
ringworm .....	116		
RINVOQ .....	45		
RINVOQ LQ .....	45		
risedronate .....	25		
RISPERDAL CONSTA .....	79		
risperidone .....	79		
risperidone microspheres .....	79		
ritonavir .....	82		
rivaroxaban .....	89		
rivastigmine .....	17		
rivastigmine tartrate .....	17		
rizatriptan .....	18		
ROCKLATAN .....	48		
roflumilast .....	94		
ROMVIMZA .....	74		
ropinirole .....	19		
ropivacaine (pf) .....	54		
rosuvastatin .....	23		
		<b>S</b>	
		SACCHARIN .....	116
		sacubitril-valsartan .....	23
		sajazir .....	45
		saline mist .....	116
		saline nasal .....	116
		saline nasal mist .....	116
		saline nose .....	116
		SANDIMMUNE .....	45
		SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	41
		SANTYL .....	30
		sapropterin .....	95
		SARCLISA .....	74
		scalp relief (hydrocortisone) .....	116
		scalpicin anti-itch .....	116
		SCEMBLIX .....	74
		scopolamine base .....	66
		scrub care povidone iodine .....	116
		se-natal 19 chewable .....	87
		se-tan plus .....	116
		SECUADO .....	80

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

secura antifungal extra thick	116	simliya (28)	37
secura protective	116	simpesse	37
selegiline hcl	19	simvastatin	24
selenium sulfide	30	sirolimus	45
SELZENTRY	82	SIRTURO	68
senexon-s	116	sitagliptin phos-metformin	91
senior tabs	116	sitagliptin phosphate	91
senna	116	skin protectant a and d	117
senna lax	116	skin protectant a-d (pet, lan)	117
senna laxative	116	SKYRIZI	45
senna leaf extract	116	slow release iron	117
senna plus	116	smart q10	117
senna-s	116	SMOFLIPID	87
senna-time s	116	smooth antacid	117
sennosides	116	smooth texture fiber	117
sennosides-docusate sodium	116	sodium bicarbonate	87, 117
SENOKOT	116	SODIUM BICARBONATE (BULK)	117
SENOKOT EXTRA STRENGTH	117	sodium chloride	52, 87, 117
SENOKOT KIDS	117	sodium chloride 0.45 %	87
SENOKOT-S	117	sodium chloride 0.9 %	87
sentia	117	sodium chloride 3 % hypertonic	87
sentry	117	sodium chloride 5 % hypertonic	87
sentry senior	117	sodium citrate-citric acid	117
sertraline	65	sodium oxybate	48
setlakin	37	sodium phenylbutyrate	95
sharobel	37	sodium phosphate	87
SHINGRIX (PF)	45	sodium polystyrene sulfonate	87
SIGNIFOR	41	sodium,potassium,mag sulfates	31
sildenafil	121	solifenacin	32
sildenafil (pulm.hypertension)	94	SOLQUA 100/33	91
silodosin	32	solivite	117
silver sulfadiazine	30	SOLTAMOX	74
SIMBRINZA	48	SOLU-MEDROL	39

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

SOLU-MEDROL (PF) .....	40	stool softener-laxative .....	117
soluvita a,c,d with fluoride .....	117	stool softener-stimulant laxat .....	117, 118
SOMAVERT .....	41	stop lice .....	118
sorafenib .....	74	STRENSIQ .....	95
SORBITOL .....	117	streptomycin .....	59
sorbitol-mannitol .....	52	STRESS B WITH ZINC .....	118
sotalol .....	24	STRIBILD .....	83
sotalol af .....	24	STRIVERDI RESPIMAT .....	94
spectravite adult .....	117	studio 35 moisturizing skin .....	118
spectravite adult 50 plus .....	117	SUBVENITE .....	62, 63
spectravite advanced formula .....	117	subvenite starter (blue) kit .....	63
spectravite men 50 plus .....	117	subvenite starter (green) kit .....	63
spectravite men's .....	117	subvenite starter (orange) kit .....	63
spectravite women .....	117	sucralfate .....	31
spectravite women 50 plus .....	117	sudogest .....	118
SPEEDYSWAB COVID-19 HOME TEST .....	117	SUFLAVE .....	31
SPIRIVA RESPIMAT .....	94	sulfacetamide sodium .....	48, 59
SPIRIVA WITH HANDIHALER .....	94	sulfacetamide sodium (acne) .....	59
spironolacton-hydrochlorothiaz .....	24	sulfacetamide-prednisolone .....	48
spironolactone .....	24	sulfadiazine .....	60
sprintec (28) .....	37	sulfamethoxazole-trimethoprim .....	60
SPRITAM .....	62	sulfasalazine .....	26
SPS (WITH SORBITOL) .....	87	sulindac .....	54
sronyx .....	37	sumatriptan .....	18
SSD .....	30	sumatriptan succinate .....	18
stavudine .....	82, 83	sunitinib malate .....	74
STELARA .....	45	SUNLENCA .....	83
stimulant laxative plus .....	117	suphedrin .....	118
STIOLTO RESPIMAT .....	94	support .....	118
STIVARGA .....	74	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS .....	52
stomach relief .....	117	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	52
stool softener .....	117	SUTAB .....	31
stool softener (docusate cal) .....	117	swim ear .....	118

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

swimmer's instant ear dry .....	118	telmisartan-amlodipine .....	24
syeda .....	37	telmisartan-hydrochlorothiazid .....	24
SYMBICORT .....	94	temazepam .....	48
SYMPAZAN .....	63	TENIVAC (PF) .....	45
SYMTUZA .....	83	tenofovir disoproxil fumarate .....	83
SYNJARDY .....	91	TEPMETKO .....	75
SYNJARDY XR .....	91	teravax .....	118
SYNTHROID .....	40	terazosin .....	24
<b>T</b>			
tab-a-vite .....	118	terbinafine hcl .....	67, 118
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
TAGRISSE .....	74	TEVIMBRA .....	75
TALICIA .....	31	THALOMID .....	75
TALZENNA .....	74	theophylline .....	94
tamoxifen .....	74	thera .....	118
tamsulosin .....	32	thera antifungal .....	118
tarina 24 fe .....	37	thera-tabs .....	118
tarina fe 1-20 eq (28) .....	37	thera-vite max-m .....	118
tarina fe 1/20 (28) .....	37	theralogix companion .....	118
tasimelteon .....	48	therapeutic-m .....	118
tazarotene .....	30	theratears .....	118
taztia xt .....	24	theratrum complete 50 plus-lyc .....	118
TAZVERIK .....	74	thiamine hcl (vitamin b1) .....	118
TDVAX .....	45	thioridazine .....	80
TECENTRIQ .....	75	thiothixene .....	80
TECENTRIQ HYBREZA .....	75	tiadylt er .....	24
TEFLARO .....	60	tiagabine .....	63
telmisartan .....	24	TIBSOVO .....	75
		ticagrelor .....	89

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

TICOVAC .....	45	TRAZIMERA .....	75
tigecycline .....	60	trazodone .....	65
tilia fe .....	38	TRECTOR .....	68
timolol .....	48	TRELEGY ELLIPTA .....	94
timolol maleate .....	24, 48	TRELSTAR .....	41
timolol maleate (pf) .....	48	TREMFYA .....	45
tinidazole .....	60	TREMFYA ONE-PRESS .....	45
tioconazole .....	118	TREMFYA PEN .....	45
tioconazole-1 .....	118	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
tm-daily vite .....	118	tretinoin .....	30
tobramycin .....	48	tretinoin (antineoplastic) .....	75
tobramycin in 0.225 % nacl .....	60	tri-buffered aspirin .....	118
tobramycin sulfate .....	60	tri-estarylla .....	38
tobramycin-dexamethasone .....	48	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
torseamide .....	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-vitamin with fluoride .....	118
TRADJENTA .....	91	tri-vite with fluoride .....	118
tramadol .....	54	tri-vylibra .....	38
trandolapril .....	24	tri-vylibra lo .....	38
trandolapril-verapamil .....	24	triamcinolone acetonide .....	28, 40
tranexamic acid .....	89	triamterene .....	24
tranylcyromine .....	65	triamterene-hydrochlorothiazid .....	24
TRAVASOL 10 % .....	87	tricitrates .....	118
travoprost .....	48	triderm .....	40

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

trientine .....	87, 88	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS .....	52
trifluoperazine .....	80	TRUE COVER CONDOM .....	119
trifluridine .....	48	true multivitamin .....	119
trihexyphenidyl .....	19	truelyte advanced hydration .....	119
TRIJARDY XR .....	91	trueplus glucose .....	119
TRIKAFTA .....	94	TRULICITY .....	91
trimazole .....	118	TRUMENBA .....	45
trimethoprim .....	60	TRUQAP .....	75
trimipramine .....	65	TRUSTEX LATEX CONDOM .....	119
trinatal rx 1 .....	88	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS .....	119
TRINTELLIX .....	65	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS .....	119
triple antibiotic .....	118	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE .....	119
triple antibiotic plus .....	118	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS .....	119
triple antibiotic-pain relief .....	118	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS .....	119
triple paste af .....	118	TUKYSA .....	75
TRIUMEQ .....	83	tulana .....	38
TRIUMEQ PD .....	83	TURALIO .....	75
trivora (28) .....	38	turqoz (28) .....	38
TROGARZO .....	83	tusnel diabetic .....	119
TROJAN BARESKIN .....	119	tusnel-ex .....	119
TROJAN EXTENDED PLEASURE .....	119	tussin dm .....	119
TROJAN MAGNUM CONDOMS .....	119	tussin dm cough and chest .....	119
TROJAN PLEASURE PACK .....	119	tussin mucus-chest congestion .....	119
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM .....	119	TWINRIX (PF) .....	45
TROJAN ULTRA THIN .....	119	TYBOST .....	83
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL .....	119	TYENNE .....	45
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS .....	119	TYENNE AUTOINJECTOR .....	45
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS .....	119	TYMLOS .....	25
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS .....	119	TYPHIM VI .....	45
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS .....	119	tyr cooler .....	119
TROPHAMINE 10 % .....	88		
trospium .....	32		
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS .....	52		

## U

UBRELVY .....	18
UDENYCA .....	89

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

UDENYCA AUTOINJECTOR .....	89	VAQTA (PF) .....	46
UDENYCA ONBODY .....	89	varenicline tartrate .....	26
ULTILET ALCOHOL SWAB .....	52	VARIVAX (PF) .....	46
ultra fresh .....	119	VASCEPA .....	24
ultra lubricant eye .....	119	VAXCHORA VACCINE .....	46
ultra tuss safe .....	119	VECTIBIX .....	75
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) .....	52	velivet triphasic regimen (28) .....	38
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE .....	52	VEMLIDY .....	83
ULTRA-FINE PEN NEEDLE .....	52	VENCLEXTA .....	75
UNITHROID .....	40	VENCLEXTA STARTING PACK .....	75
UNITUXIN .....	75	venlafaxine .....	65
UPTRAVI .....	94	ventiva tears .....	119
ursodiol .....	31	VENTOLIN HFA .....	94
USTEKINUMAB .....	46	verapamil .....	24
<b>V</b>			
v-c forte .....	119	VERQUOVO .....	25
valacyclovir .....	83	VERSACLOZ .....	80
VALCHLOR .....	75	VERZENIO .....	75
valganciclovir .....	83	vestura (28) .....	38
valproate sodium .....	63	vic-forte .....	119
valproic acid .....	63	vienva .....	38
valproic acid (as sodium salt) .....	63	vigabatrin .....	63
valrubicin .....	75	vigadrone .....	63
valsartan .....	24	VIGAFYDE .....	63
valsartan-hydrochlorothiazide .....	24	vigpoder .....	63
VALTOCO .....	63	vilazodone .....	65
valtya .....	38	VIMKUNYA .....	46
vancomycin .....	60	violele (28) .....	38
vancomycin in 0.9 % sodium chl .....	60	VIRACEPT .....	83
vancomycin in dextrose 5 % .....	60	VIREAD .....	83
vancomycin-diluent combo no.1 .....	60	vis guard (petrolatum-min oil) .....	119
VANFLYTA .....	75	vis guard (polyvinyl alcohol) .....	120
vanicream hc .....	119	vista meibo tears .....	120
		vista tears .....	120

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://es-www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 06/02/2026.

vit a palmitate-vit c-vit d3 .....	120	VYVGART HYTRULO .....	18
vitacore .....	120	VYZULTA .....	48
vitafusion women's multi .....	120	<b>W</b>	
vitajoy adult multi .....	120	wal-mucil fiber (aspartame) .....	120
vitalee .....	120	wal-mucil fiber (sugar) .....	120
vitamin a and d .....	120	wal-mucil natural fiber lax .....	120
vitamin b complex .....	120	wal-mucil with calcium .....	120
vitamin b complex-folic acid .....	120	wal-sporin .....	120
vitamin d2 .....	120, 121	wal-tussin dm .....	120
vitamin k1 .....	120	wal-tussin dm clear .....	120
vitamins a,c,d and fluoride .....	120	warfarin .....	89
vitamins b complex .....	120	WEBCOL .....	52
vitatrum complete .....	120	WELIREG .....	95
viteyes areds 2 plus multivit .....	120	well lyte advanced hydration .....	120
VITRAKVI .....	75	wellfola .....	120
vitrum 50 plus .....	120	WELLLIFE COVID-19 AG HOME TEST .....	120
vits a and d-white pet-lanolin .....	120	wera (28) .....	38
VIVITROL .....	26	wes-phos 250 neutral .....	120
VIVOTIF .....	46	wesnatal dha complete .....	88
VIZIMPRO .....	75	wesnate dha .....	88
VOCABRIA .....	83	westab plus .....	88
volnea (28) .....	38	white petrolatum .....	120
VONJO .....	75	WINREVAIR .....	94
VORANIGO .....	75	wixela inhub .....	94
voriconazole .....	67	women's 50 plus daily formula .....	120
voriconazole-hpbc d .....	67	women's daily formula .....	120
VOSEVI .....	83	women's daily multivitamin .....	121
VOWST .....	31	women's gentle laxative(bisac) .....	121
VRAYLAR .....	80	women's multivitamin gummies .....	121
vyfemla (28) .....	38	women's one daily .....	121
vylibra .....	38	womens daily gummies .....	121
VYLOY .....	75	wymzya fe .....	38
VYVGART .....	18	<b>X</b>	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

XALKORI .....	75, 76	ZARXIO .....	89
xarah fe .....	38	zeasorb af .....	121
XARELTO .....	89	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR .....	92
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START .....	89	ZEGALOGUE SYRINGE .....	92
XATMEP .....	46	ZEJULA .....	76
XCOPRI .....	63	ZELBORAF .....	76
XCOPRI MAINTENANCE PACK .....	63	ZEMAIRA .....	95
XCOPRI TITRATION PACK .....	63	zenatane .....	30
XDEMVI .....	52	ZENPEP .....	95
xelria fe .....	38	zidovudine .....	83
XERAC AC .....	121	zinc oxide .....	121
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
xyzbac .....	121	ZONISADE .....	63
		zonisamide .....	63
	<b>Y</b>	ZORYVE .....	30
yelets .....	121	zovia 1-35 (28) .....	38
YERVOY .....	76	ZTALMY .....	63
YESINTEK .....	46	ZUBSOLV .....	26
YF-VAX (PF) .....	46	zumandimine (28) .....	38
YONDELIS .....	76	ZURNAI .....	26
yulithira .....	76	ZURZUVAE .....	65
	<b>Z</b>	ZYDELIG .....	76
zafemy .....	38	ZYKADIA .....	76
zafirlukast .....	94	zylotrol (lidocaine hcl) .....	121
zaleplon .....	48	ZYNYZ .....	76
zarah .....	38		

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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.

ZYPITAMAG .....	25
ZYPREXA .....	80
ZYPREXA RELPREVV .....	80
zyvit .....	121

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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, ຊ່ວຍເຫຼືອຜູ້ເສຍສຽງ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ  
ໃຫ້ໃຊ້ພໍ. 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-fóno-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 ìrànlọ́wọ́ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ́tọ́. 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 1-800-787-3311 (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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

H4329-001

# Humana®

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO D-SNP) al 1-800-787-3311 (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](http://www.humana.com/medicaredruglist)**. Este formulario se actualizó el 06/02/2026.