

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-POS D-SNP) (HMO D-SNP)

Formulario 26408 versión 10

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 04/01/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-844-881-4482 (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®

Humana®



Medicare and Medicaid Working Together

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP). Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de Cobertura*.

Índice:

A	Descargos de responsabilidad.....	4
B	Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés)	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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?	13
	B17. ¿Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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	179

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.

Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



A. Descargos de responsabilidad

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

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist** o llamándonos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llámenos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Se encuentran disponibles servicios gratuitos de idioma, ayuda auxiliar y formatos alternativos. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Este Aviso de Disponibilidad está disponible en otros idiomas, a continuación de la **Sección D** de este documento y en **es-www.humana.com/legal/multi-language-support**.
- Este documento se encuentra disponible en inglés y español de manera gratuita.
- Para recibir este documento en otro idioma o en un formato alternativo, o para cambiar un pedido permanente, comuníquese con nosotros al número indicado al pie de este documento. Mantendremos sus preferencias para futuras comunicaciones y envío de correos, para que no tenga que hacer un pedido por separado cada vez.
- Contamos con servicios de intérpretes gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para utilizar los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-844-881-4482 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP).
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

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

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

Sí, y Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y Cardinal Care 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-POS D-SNP) (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.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) en línea en **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Las actualizaciones de la *Guía de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
 - También puede llamar a Servicios para afiliados al número que figura al pie de página de este documento para consultar la *Guía de Medicamentos* actual.
-

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

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

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

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Guía de Medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar.
- Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

-
- le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar el cambio en la *Guía de Medicamentos*, o
 - le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite un resurtido.

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

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

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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad:** A veces, Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** A veces, Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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. Según la ley de Virginia, su médico u otro profesional que receta debe documentar, ya sea verbalmente o por escrito, por qué cree que el primer medicamento no es eficaz para usted y solicitar que se cubra el otro medicamento.

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

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

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

La tabla 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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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 muéstrele 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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

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

Si usted se encuentra en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la *Guía de Medicamentos*, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si usted ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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 tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Si necesita más tiempo

Podemos extender su suministro de transición. Esto le permitirá seguir obteniendo su medicamento mientras revisamos su apelación o solicitud de excepción.

Después de obtener un suministro de transición de un medicamento de la Parte D

Es posible que debamos hacer una revisión médica del medicamento si:

- el medicamento no está en nuestra lista aprobada, o
- tenemos que aprobarlo por adelantado porque:
 - Hay límites en la cantidad que puede obtener.
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso.
 - Necesitamos conocer algunos datos sobre su salud.

Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

Su médico puede darnos estos datos. Esto nos ayudará a trabajar en su solicitud para aprobar su medicamento por adelantado o hacer una excepción si:

- Su medicamento no está en nuestra lista aprobada.
- Debemos aprobar su medicamento por adelantado.
- Ha probado otros medicamentos para tratar su problema de salud.

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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Podemos brindarle ayuda

Podemos ayudarles a usted y a su médico a:

- Solicitar una excepción
- Presentar una apelación
- Buscar otro medicamento para su problema de salud
- Obtener más información sobre su Política de transición

Usted y su médico también pueden obtener formularios para solicitarnos que:

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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

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

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

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

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

Sí. Puede solicitar a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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 7 del Capítulo 9** de la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

Solicitar una excepción

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

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

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

- No es adecuado dado su problema de salud, o
- Perjudicaría su salud

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de 72 horas después de haber recibido la carta de su médico. Le concederemos una solicitud rápida si determinamos, o si su médico nos dice, que el tiempo de espera de una solicitud estándar podría perjudicar su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Con una solicitud rápida, debemos comunicarle nuestra decisión no más de 24 horas después de que recibamos la carta de su médico.

Usted y su médico también pueden obtener formularios para solicitarnos que:

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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

Si usted o el profesional que receta consideran que su salud podría deteriorarse por tener que esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitarnos una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que receta avala su solicitud, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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** de la *Evidencia de Cobertura*.

B15. ¿Qué son medicamentos OTC?

OTC significa “de venta sin receta” (por sus siglas en inglés). Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) para ver cuáles medicamentos OTC se cubren.

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

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

Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

B17. ¿Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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 25%.

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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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-POS D-SNP) (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-POS D-SNP) (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 Cardinal Care.
- 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** de la *Evidencia de Cobertura*.

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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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-POS D-SNP) (HMO D-SNP) tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	2	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT ^{MO}	3	QL(240 cada 30 días)
ezetimibe 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ezetimibe-simvastatin 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
fenofibrate 160 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 130 mg, 43 mg CAPSULE ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fenofibric acid 105 mg, 35 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	2	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
furosemide 80 mg TABLET ^{MO}	1	
gemfibrozil 600 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	2	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET ^{MO}	2	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET ^{MO}	1	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
niacin 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
niacin 500 mg TABLET ^{MO}	4	
niacor 500 mg TABLET ^{MO}	4	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER ^{MO}	3	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	
nimodipine 30 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	5	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. ^{MO}	2	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
olmesartan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{MO}	4	
pacerone 200 mg TABLET ^{MO}	2	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER ^{MO}	2	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	2	
prevalite 4 gram POWDER ^{MO}	3	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET ^{MO}	4	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	3	
propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO}	4	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET ^{MO}	3	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	1	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	4	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
sacubitril-valsartan 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	2	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET ^{MO}	2	
spironolactone 100 mg TABLET ^{MO}	1	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 40-12.5 mg, 80-25 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
telmisartan-hydrochlorothiazid 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	1	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
torse mide 20 mg TABLET ^{MO}	2	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
trandolapril-verapamil 1-240 mg, 2-180 mg, 2-240 mg, 4-240 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	4	
triamterene 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET ^{MO}	1	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET ^{MO}	1	
valsartan 160 mg, 320 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO}	3	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER ^{MO}	2	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET ^{MO}	1	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET ^{MO}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS		
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET ^{MO}	1	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg/75 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(300 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE ^{MO}	2	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(2.24 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(1 cada 28 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 90 días)
ibandronate 3 mg/3 ml SYRINGE ^{MO}	4	PA,QL(3 cada 90 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE ^{MO}	4	
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1 cada 180 días)
risedronate 150 mg TABLET ^{MO}	3	QL(1 cada 30 días)
risedronate 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	PA,QL(100 cada 365 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO		
balsalazide 750 mg CAPSULE ^{MO}	4	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO}	3	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA ^{MO}	4	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET ^{MO}	2	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS		
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	2	
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{MO}	1	
naltrexone 50 mg TABLET ^{MO}	2	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	
OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
REXTOVY 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	3	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 11.4-2.9 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG, 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	3	
ZURNAI 1.5 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 6 MG (14)-12 MG (14)-24 MG (14) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	PA,QL(14 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
NUJEDXTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	QL(900 cada 30 días)
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET ^{MO}	4	
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES DENTALES Y ORALES		
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
perio gard 0.12 % MOUTHWASH ^{MO}	1	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	4	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE ^{MO}	3	
AGENTES DERMATOLÓGICOS		
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA
adapalene 0.3 % GEL ^{MO}	3	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP ^{MO}	3	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM ^{MO}	2	
ammonium lactate 12 % LOTION ^{MO}	2	
amnesteem 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
azelaic acid 15 % GEL ^{MO}	4	ST,QL(50 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM ^{MO}	2	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL ^{MO}	4	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
clindamycin phosphate 1 % GEL ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL ^{MO}	4	QL(50 cada 30 días)
clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL ^{MO}	4	QL(45 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % FOAM ^{MO}	4	QL(100 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % GEL ^{MO}	4	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT ^{MO}	3	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SHAMPOO ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
desonide 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
desonide 0.05 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
diclofenac sodium 3 % GEL ^{MO}	3	PA
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % OIL ^{MO}	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % CREAM ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.025 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL ^{MO}	4	QL(118.28 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % CREAM ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % GEL ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluocinonide 0.05 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM ^{MO}	4	
fluorouracil 5 % SOLUTION ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	2	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION ^{MO}	2	QL(236 cada 30 días)
hydrocortisone butyrate 0.1 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
malathion 0.5 % LOTION ^{MO}	4	
mometasone 0.1 % CREAM ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT ^{MO}	2	
permethrin 5 % CREAM ^{MO}	3	
pimecrolimus 1 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION ^{MO}	4	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT ^{MO}	4	PA,QL(180 cada 30 días)
selenium sulfide 2.5 % LOTION ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM ^{MO}	2	
SSD 1 % CREAM ^{MO}	2	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT ^{MO}	4	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 % GEL ^{MO}	3	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 % GEL ^{MO}	4	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(45 cada 30 días)
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	
ZORYVE 0.15 % CREAM ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AGENTES GASTROINTESTINALES		
alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	4	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO}	4	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO}	4	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
FAMOTIDINE 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	2	
FAMOTIDINE (PF) 4 MG/ML SOLUTION ^{MO}	2	
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
glutamine (sickle cell) 5 gram POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	3	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	2	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE ^{MO}	2	
lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET ^{MO}	3	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	1	
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK ^{MO}	4	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK ^{MO}	4	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
rabeprazole 20 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	1	
sucralfate 1 gram TABLET ^{MO}	2	
sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	4	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	4	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET ^{MO}	3	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC ^{MO}	4	
ursodiol 250 mg TABLET ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ursodiol 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ursodiol 500 mg TABLET ^{MO}	4	
VOWST 1 X 10EXP6 TO 3 X 10EXP7 CELL CAPSULE ^{DL}	5	PA
XERMELO 250 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
AGENTES GENITOURINARIOS		
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
dutasteride 0.5 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
GEMTESA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET ^{MO}	3	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	3	
silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
tadalafil 5 mg TABLET ^{MO}	4	PA
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE ^{MO}	2	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET ^{MO}	4	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES)		
abigale 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
abigale lo 0.5-0.1 mg TABLET ^{MO}	2	
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
deblitane 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL ^{MO}	4	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE ^{MO}	3	QL(0.65 cada 90 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
dolishale 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	4	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
elimest 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
emzahh 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
ENDOMETRIN 100 MG INSERT ^{MO}	4	
enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
errin 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
estarylla 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM ^{MO}	3	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
estradiol 10 mcg TABLET ^{MO}	4	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL ^{MO}	4	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
ESTRING 2 MG (7.5 MCG/24 HOUR) RING ^{MO}	4	QL(1 cada 90 días)
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
feirza 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	
gallifrey 5 mg TABLET ^{MO}	3	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING ^{MO}	3	QL(1 cada 28 días)
heather 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
jaimiess 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
jencycla 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7), 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg (28) TABLET ^{MO}	4	
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET ^{MO}	2	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET ^{MO}	3	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	2	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{MO}	2	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
luizza 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
luizza 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
lyleq 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO}	3	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	2	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	3	
megestrol 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	4	
meleya 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
mili 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
mimvey 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	2	
mono-lynyah 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NATAZIA 3 MG/2 MG-2 MG/ 2 MG-3 MG/1 MG TABLET ^{MO}	4	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT ^{MO}	3	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
NORA-BE 0.35 MG TABLET ^{MO}	2	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	3	
norethindrone ac-eth estradiol 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
norethindrone acetate 5 mg TABLET ^{MO}	3	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET ^{MO}	2	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	2	
ocella 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
orquidea 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
philith 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET ^{MO}	4	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM ^{MO}	3	
progesterone 50 mg/ml OIL ^{MO}	3	
progesterone micronized 100 mg INSERT ^{MO}	4	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	
raloxifene 60 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
simpesse 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	2	QL(91 cada 90 días)
sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
syeda 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	2	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	2	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	3	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET ^{MO}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP ^{MO}	3	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL ^{MO}	3	PA
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL ^{MO}	3	PA,QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET ^{MO}	2	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET ^{MO}	2	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO}	2	
tulana 0.35 mg TABLET ^{MO}	2	
turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
valtya 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO}	2	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	2	
vyfemla (28) 0.4-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	4	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET ^{MO}	2	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET ^{MO}	4	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY ^{MO}	3	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	2	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET ^{MO}	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA)		
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
desmopressin 0.1 mg TABLET ^{MO}	3	
desmopressin 0.2 mg TABLET ^{MO}	4	
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE ^{DL}	5	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)		
betamethasone acet,sod phos 6 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	3	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	2	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS ^{MO}	3	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET ^{MO}	2	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION ^{MO}	2	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	2	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	2	
prednisolone sodium phosphate 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prednisolone sodium phosphate 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION ^{MO}	3	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO}	2	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	4	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION ^{MO}	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION ^{MO}	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM ^{MO}	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	3	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET ^{MO}	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET ^{MO}	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET ^{MO}	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT ^{MO}	4	
leuprolide acetate (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG SYRINGE KIT	5	PA,QL(1 cada 90 días)
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE ^{MO}	4	PA
octreotide acetate 50 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	3	PA
octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	PA
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES)		
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
propylthiouracil 50 mg TABLET ^{MO}	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
ABRYSCO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
azathioprine 50 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET ^{DL}	5	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	5	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	5	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION ^{DL}	5	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	1	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	5	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	2	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE ^{MO}	3	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	BvsD
OTULFI 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
OTULFI 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	1	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAYA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) 0.5 ML KIT ^{AV,DL}	1	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT ^{DL}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET ^{MO}	4	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{DL}	1	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE ^{DL}	1	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION ^{DL}	1	
<i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE^{DL}</i>	5	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET^{MO}</i>	4	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION^{MO}</i>	4	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE^{MO}</i>	4	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA ONE-PRESS 100 MG/ML AUTO-INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR	5	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) 200 MG/2 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
TYENNE 162 MG/0.9 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYENNE AUTOINJECTOR 162 MG/0.9 ML PEN INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3.6 cada 28 días)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{AV,DL}	1	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.5 cada 84 días)
USTEKINUMAB 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SUSPENSION ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SUSPENSION ^{AV,DL}	1	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,MO}	1	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{AV,DL}	1	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC ^{AV,MO}	1	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE ^{DL,LA}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR ^{DL,LA}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL,LA}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SOLUTION ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 45 MG/0.5 ML SYRINGE ^{MO}	3	PA,QL(1.5 cada 84 días)
YESINTEK 90 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 84 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4,74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{AV,DL}	1	
AGENTES OFTÁLMICOS		
atropine 1 % DROPS ^{MO}	3	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE ^{MO}	3	
azelastine 0.05 % DROPS ^{MO}	3	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT^{MO}</i>	2	
BETADINE OPHTHALMIC PREP 5 % SOLUTION ^{MO}	4	
<i>betaxolol 0.5 % DROPS^{MO}</i>	3	
<i>bimatoprost 0.01 % DROPS^{MO}</i>	3	QL(2.5 cada 25 días)
<i>brimonidine 0.2 % DROPS^{MO}</i>	1	
<i>carteolol 1 % DROPS^{MO}</i>	1	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS^{MO}</i>	2	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS ^{MO}	3	
<i>cromolyn 4 % DROPS^{MO}</i>	1	
<i>cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE^{MO}</i>	3	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS^{MO}</i>	2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % DROPS^{MO}</i>	2	
<i>dorzolamide 2 % DROPS^{MO}</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS^{MO}</i>	1	
<i>dorzolamide-timolol (pf) 2-0.5 % DROPPERETTE^{MO}</i>	4	QL(60 cada 30 días)
<i>erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT^{MO}</i>	2	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	QL(16.6 cada 30 días)
<i>fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION^{MO}</i>	3	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS^{MO}</i>	2	
<i>gatifloxacin 0.5 % DROPS^{MO}</i>	4	QL(2.5 cada 25 días)
<i>gentamicin 0.3 % DROPS^{MO}</i>	2	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	QL(3 cada 30 días)
<i>ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS^{MO}</i>	3	QL(10 cada 30 días)
<i>latanoprost 0.005 % DROPS^{MO}</i>	1	QL(5 cada 25 días)
<i>levobunolol 0.5 % DROPS^{MO}</i>	1	
LOTEMAX SM 0.38 % DROPS, GEL ^{MO}	4	
<i>loteprednol etabonate 0.2 %, 0.5 % DROPS, SUSPENSION^{MO}</i>	4	
<i>loteprednol etabonate 0.5 % DROPS, GEL^{MO}</i>	4	
LUMIGAN 0.01 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
<i>methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET^{MO}</i>	4	
<i>moxifloxacin 0.5 % DROPS^{MO}</i>	3	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT^{MO}</i>	3	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT^{MO}</i>	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	2	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS ^{MO}	3	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	2	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS ^{MO}	3	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	2	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS ^{MO}	1	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS ^{MO}	3	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS ^{MO}	3	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS ^{MO}	3	ST
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	4	
sulfacetamide sodium 10 % DROPS ^{MO}	2	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS ^{MO}	2	
timolol 0.5 % DROPS ^{MO}	4	
timolol maleate 0.25 % DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION ^{MO}	4	
timolol maleate 0.5 % DROPS ^{MO}	1	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY ^{MO}	4	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE ^{MO}	4	
tobramycin 0.3 % DROPS ^{MO}	2	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	3	
travoprost 0.004 % DROPS ^{MO}	3	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS ^{MO}	4	
VYZULTA 0.024 % DROPS ^{MO}	4	QL(2.5 cada 25 días)
AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES		
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg TABLET ^{MO}	1	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER ^{MO}	2	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO		
BELSOMRA 10 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BELSOMRA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ramelteon 8 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
temazepam 30 mg CAPSULE ^{DL}	3	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION	5	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN ^{MO}	1	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET^{MO}</i>	2	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CEQR SIMPLICITY 2 UNIT DEVICE ^{MO}	3	
CEQR SIMPLICITY INSERTER MISCELLANEOUS ^{MO}	3	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK ^{DL}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{MO}	4	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE ^{MO}	1	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD ^{MO}	3	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
<i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN ^{MO}	1	
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY CARTRIDGE ^{MO}	3	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
REZDIFFRA 100 MG, 60 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	2	
sorbitol-mannitol 2.7-0.54 gram/100 ml SOLUTION ^{MO}	2	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{PDS,MO}	1	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{PDS,MO}	1	
WEBCOL PADS, MEDICATED ^{MO}	1	
XDEMVI 0.25 % DROPS ^{MO}	4	PA,QL(10 cada 42 días)
ANALGÉSICOS		
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET ^{DL}	3	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY ^{DL}	4	PA,QL(4 cada 28 días)
celecoxib 100 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
celecoxib 400 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
diclofenac potassium 50 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diclofenac sodium 1.5 % DROPS ^{MO}	4	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	2	
diclofenac sodium 25 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	3	
diclofenac sodium 50 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
ENDOCET 10-325 MG, 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
etodolac 400 mg, 500 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr PATCH. 72 HR. ^{DL}	4	QL(20 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET ^{MO}	2	
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION ^{DL}	4	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION ^{DL}	4	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml SOLUTION ^{DL}	4	BvsD,QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	2	
ibuprofen 400 mg TABLET ^{MO}	1	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	1	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER ^{MO}	2	
ketorolac 10 mg TABLET ^{MO}	2	QL(20 cada 30 días)
lurbipr 100 mg TABLET ^{MO}	2	
meloxicam 15 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET ^{DL}	3	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(480 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(3600 cada 30 días)
methadone intensol 10 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	3	QL(2700 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	3	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION ^{DL}	3	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen 375 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	1	
naproxen 500 mg TABLET ^{MO}	1	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET ^{MO}	4	
oxycodone 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 15 mg, 20 mg, 30 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE ^{DL}	4	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION ^{DL}	4	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	3	QL(360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	2	
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{DL}	3	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET ^{DL}	2	QL(240 cada 30 días)
ANESTÉSICOS		
bupivacaine (pf) 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml), 0.75 % (7.5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
bupivacaine hcl 0.25 % (2.5 mg/ml), 0.5 % (5 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	1	
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
lidocaine 5 % OINTMENT ^{MO}	4	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR ^{MO}	3	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION ^{MO}	2	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine-epinephrine 0.5 %-1:200,000, 1 %-1:100,000, 2 %-1:100,000 SOLUTION ^{MO}	2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM ^{MO}	4	
polocaine 1 % (10 mg/ml), 2 % SOLUTION ^{MO}	1	
polocaine-mpf 10 mg/ml (1 %), 15 mg/ml (1.5 %), 20 mg/ml (2 %) SOLUTION ^{MO}	1	
ropivacaine (pf) 10 mg/ml (1 %), 2 mg/ml (0.2 %), 5 mg/ml (0.5 %), 7.5 mg/ml (0.75 %) SOLUTION ^{MO}	4	
ANSIOLÍTICOS		
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{DL}	4	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	3	
clonazepam 2 mg TABLET ^{DL}	3	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	4	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	3	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET ^{DL}	3	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION ^{DL}	4	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	4	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET ^{MO}	3	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	2	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET ^{DL}	2	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	3	QL(150 cada 30 días)
ANTIBACTERIANOS		
acetic acid 2 % SOLUTION ^{MO}	2	
amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	4	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	1	
amoxicillin 250 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	1	
amoxicillin 500 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin 875 mg TABLET ^{MO}	1	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET ^{MO}	2	
amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET ^{MO}	2	
ampicillin 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET ^{MO}	3	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
azithromycin 250 mg TABLET ^{MO}	2	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	2	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	2	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	2	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE ^{MO}	4	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE ^{MO}	4	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	3	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
cefadroxil 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION ^{MO}	3	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cefдинир 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
cefдинир 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
cefepime in dextrose 5 % 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
cefepime in dextrose,iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
cefixime 400 mg CAPSULE ^{MO}	4	
cefixime 400 mg TABLET ^{MO}	4	
cefotetan 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	3	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
ceftaroline fosamil 400 mg, 600 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
ceftriaxone in dextrose,iso-os 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	2	
cephalexin 250 mg CAPSULE ^{MO}	2	
cephalexin 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ciprofloxacin hcl 100 mg TABLET ^{MO}	4	
ciprofloxacin hcl 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET ^{MO}	1	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	4	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	4	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
clindamycin phosphate 2 % CREAM ^{MO}	4	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
daptomycin 350 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
DIFICID 200 MG TABLET ^{DL}	5	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	3	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	4	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	4	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
fidaxomicin 200 mg TABLET ^{DL}	5	
fosfomicin tromethamine 3 gram PACKET ^{MO}	4	
gentamicin 0.1 % CREAM ^{MO}	4	
gentamicin 0.1 % OINTMENT ^{MO}	4	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 100 mg/50 ml, 120 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
gentamicin sulfate (ped) (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	4	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	
levofloxacin 500 mg TABLET ^{MO}	2	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
methenamine hippurate 1 gram TABLET ^{MO}	3	
metronidazole 0.75 % CREAM ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 % LOTION ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL ^{MO}	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP ^{MO}	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	2	
mondoxyne nl 100 mg CAPSULE ^{MO}	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET ^{MO}	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{DL}	5	
neomycin 500 mg TABLET ^{MO}	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	4	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION ^{MO}	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION ^{DL}	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT ^{MO}	3	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION ^{MO}	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET ^{MO}	1	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET ^{MO}	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
trimethoprim 100 mg TABLET ^{MO}	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(600 cada 30 días)
brivaracetam 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	3	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
carbamazepine 200 mg TABLET ^{MO}	3	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET ^{DL}	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT ^{DL}	4	
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{MO}	4	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE ^{MO}	3	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	2	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
epitol 200 mg TABLET ^{MO}	3	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
eslicarbazepine 200 mg, 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
eslicarbazepine 600 mg, 800 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	4	PA
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	PA
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION ^{DL,LA}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION ^{MO}	3	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION ^{MO}	4	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION ^{DL}	5	
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE ^{MO}	2	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	
levetiracetam 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET ^{MO}	2	
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION ^{MO}	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR ^{MO}	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE ^{MO}	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
roweepra 500 mg TABLET ^{MO}	2	
rufinamide 200 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	4	
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE ^{MO}	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION ^{MO}	2	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO}	4	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
amitriptyline 25 mg TABLET ^{MO}	4	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE ^{MO}	4	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg TABLET ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
fluoxetine 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MO}	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	2	
mirtazapine 45 mg TABLET ^{MO}	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET ^{MO}	3	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO}	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
trazodone 300 mg TABLET ^{MO}	3	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aprepitant 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO}	2	
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO}	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	4	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION ^{MO}	4	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ciclodan 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL ^{MO}	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM ^{MO}	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION ^{MO}	3	
clotrimazole 10 mg TROCHE ^{MO}	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION ^{MO}	4	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bicalutamide 50 mg TABLET^{MO}</i>	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
<i>bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION^{MO}</i>	4	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION^{DL}</i>	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE^{MO}</i>	4	BvsD
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET^{MO}</i>	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
<i>dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>dasatinib 140 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>dasatinib 20 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>decitabine 50 mg RECON SOLUTION^{DL}</i>	5	PA
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
exemestane 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	3	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{MO}	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
hydroxyurea 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
HYRNUO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
imatinib 100 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET ^{DL}	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT ^{DL}	5	PA
INLURIYO 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KRAZATI 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
lapatinib 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{DL}	5	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(7 cada 21 días)
lomustine 10 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA
lomustine 100 mg, 40 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA
LONSURF 15-6.14 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
LORBRENA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{DL}	5	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MEKTOVI 15 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
melphalan 2 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD
mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	
mercaptopurine 50 mg TABLET ^{MO}	3	
mesna 400 mg TABLET ^{DL}	5	
mitomycin 20 mg, 5 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
mitomycin 40 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	
MODEYSO 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
MVASI 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
NERLYNX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
nilotinib d-tartrate 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL ^{DL}	5	PA
pazopanib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	
QINLOCK 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
SCSEMBLIX 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCSEMBLIX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	
sorafenib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{MO}	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSE 40 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	2	
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
toremifene 60 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE ^{DL}	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
valrubicin 40 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
XALKORI 150 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET ^{MO}	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET ^{MO}	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	4	
COARTEM 20-120 MG TABLET ^{MO}	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET ^{MO}	4	
mefloquine 250 mg TABLET ^{MO}	2	
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
praziquantel 600 mg TABLET ^{MO}	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET ^{MO}	3	
pyrimethamine 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSIKÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
clozapine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(270 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET ^{MO}	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET ^{MO}	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
molindone 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	4	
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	4	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
adefovir 10 mg TABLET ^{MO}	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER ^{DL}	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
valganciclovir 450 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP ^{MO}	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL ^{MO}	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION ^{MO}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 10 10 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
levocarnitine 330 mg TABLET ^{MO}	4	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET ^{MO}	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE ^{MO}	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
clopidogrel 300 mg TABLET ^{MO}	4	
clopidogrel 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	3	ST,QL(592 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE ^{MO}	4	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	4	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PROMACTA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
warfarin 5 mg TABLET ^{MO}	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
dapagliflozin propanediol 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
glimepiride 1 mg TABLET ^{MO}	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET ^{MO}	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(32.1 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	2	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
albuterol sulfate 4 mg, 8 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION ^{MO}	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	QL(300 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION ^{MO}	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION ^{MO}	2	BvsD
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	3	PA,QL(360 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
UPTRAVI 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT ^{DL}	5	PA
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER ^{DL}	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{MO}	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	5	
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER ^{DL}	5	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET ^{DL}	5	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D		
1-day 6.5 % OINTMENT	*	
12 hour decongestant 120 mg TABLET ER	*	
12 hour nasal decongest (pse) 120 mg TABLET ER	*	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
24 hour allergy relief 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
24hour allergy 10 mg TABLET	*	
24hr allergy relief 5 mg TABLET	*	QL(30 cada 30 días)
24hr allergy-congestion relief 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
50 plus adult eye health 250-5-1 mg CAPSULE	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT	*	
a thru z 18-500-300-250 mg-mcg-mcg-mcg TABLET	*	
a thru z advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	*	
a thru z high potency 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	*	
A-25 (VIT A PALMITATE) 7,500 MCG (25,000 UNIT) CAPSULE	*	
abanatuss ped 0.5-15-6.25 mg/ml DROPS	*	
abanatuss ped 2-60-25 mg/5 ml LIQUID	*	
abaneu-sl 600-600 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
ABATINEX 680 MG (750 MILLION CELL) CAPSULE	*	
abatuss dmx 1-30-15 mg/5 ml LIQUID	*	
abc complete adult 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
ABREVA 10 % CREAM	*	
acerola c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
acerola c-500 500 mg WAFER	*	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 160 mg, 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml LIQUID	*	
acetaminophen 325 mg CAPSULE	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acetaminophen extra strength 500 mg TABLET	*	
acetaminophen pain relief 500 mg TABLET	*	
acetaminophen pm 25-500 mg TABLET	*	
acetaminophen pm extra str 25-500 mg TABLET	*	
acid controller 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid controller complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer (cimetidine) 200 mg TABLET	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid reducer complete (famot) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer-antacid 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid-pep 20 mg TABLET	*	
acidophilus CHEWABLE TABLET	*	
acidophilus probiotic blend 175 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin 75 million cell -100 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin, citrus 100 million cell-10 mg, 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin, citrus 25 million cell -100 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acne cleanser 2 % CLEANSER	*	
acne cleansing bar 10 % BAR	*	
acne control (salicylic acid) 2 % CLEANSER	*	
acne control(benzoyl peroxide) 10 % CLEANSER	*	
acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION	*	
acne pads 2 % PADS, MEDICATED	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % CREAM	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	*	
acne wash 2 % CLEANSER	*	
acne-clear 10 % GEL	*	
acnomel 2-8 % CREAM	*	
ACTICON (DEXBROMPH-PSE) 1-30 MG/5 ML, 2-60 MG/5 ML SOLUTION	*	
acticon (dexbromph-pse) 2-60 mg TABLET	*	
actidogesic 500-1 mg TABLET	*	
actidogesic-df 500-1 mg TABLET	*	
actidom da 1-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
actidom dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	*	
actinel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	*	
actinel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	*	
actinel pediatric 15-5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
addaprin 200 mg TABLET	*	
adult 50 plus eye health 250-5-1 mg CAPSULE	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult multivitamin (w-lutein) 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult one daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult robitussin peak cold m-s 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult tussin cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin dm max 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
adults multivitamin 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
advanced acne spot treatment 2 % GEL	*	
advanced acne spot treatment 2 % OINTMENT	*	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
advanced exfoliating cleanser 5 % CLEANSER	*	
advanced healing (petrolatum) 41 % OINTMENT	*	
ADVANCED PROBIOTIC 625 MG (10 BILLION CELL) CAPSULE	*	
ADVIL 200 MG TABLET	*	
ADVIL DUAL ACTION 125-250 MG TABLET	*	
ADVIL JUNIOR STRENGTH 100 MG CHEWABLE TABLET	*	
ADVIL LIQUI-GEL 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL LIQUI-GELS MINIS 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL MIGRAINE 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL PM 200-38 MG TABLET	*	
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN 200-10 MG TABLET	*	
after pill 1.5 mg TABLET	*	
AFTERA 1.5 MG TABLET	*	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	*	
air-power 200 mg TABLET	*	
ala-hist ir 2 mg TABLET	*	
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM) 2-7.5-15 MG/5 ML LIQUID	*	
alavert 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
alavert d-12 allergy-sinus 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
alba-lybe LIQUID	*	
alcaftadine 0.25 % DROPS	*	
aler-cap 25 mg CAPSULE	*	
ALEVE 220 MG CAPSULE	*	
ALEVE 220 MG TABLET	*	
ALEVE COLD AND SINUS 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE-D SINUS AND COLD 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE-D SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
alka-seltzer heartburn chew 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS 750-80 MG CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325-1,916-1,000 MG TABLET, EFFERVESCENT	*	
ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE) 2-7.8-325 MG TABLET, EFFERVESCENT	*	
ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM) 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG (NT) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
alka-seltzer plus day 5-10-325 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer plus mucus-conges 10-200 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer plus sinus-cough 5-10-325 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer severe cold 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
alkums 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
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 allergy-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day cold and sinus 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day pain relief sinus,cold 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
all-nite cold-flu 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
ALLEGRA ALLERGY 180 MG, 60 MG TABLET	*	
ALLEGRA HIVES 180 MG TABLET	*	
ALLEGRA-D 12 HOUR 60-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALLEGRA-D 24 HOUR 180-240 MG TABLET, ER 24 HR.	*	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-ease 180 mg TABLET	*	
aller-fex 180 mg TABLET	*	
aller-flo 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
aller-tec 10 mg TABLET	*	
aller-tec d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear 10 mg TABLET	*	
allerclear d-12hr 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy 25 mg TABLET	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy and congestion relief 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy and congestion relief 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy and sinus relief 25-10 mg TABLET	*	
allergy d-12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
allergy eye (naphazoline-phen) 0.025-0.3 % DROPS	*	
allergy medication 25 mg CAPSULE	*	
allergy medicine 25 mg TABLET	*	
allergy multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
allergy relief (cetirizine) 10 mg CAPSULE	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	*	
allergy relief (fluticasone) 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
allergy relief (levocetirizine) 5 mg TABLET	*	QL(30 cada 30 días)
allergy relief (loratadine) 10 mg CAPSULE	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
allergy relief d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy relief(chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy relief,nasal decongest 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief-d (cetirizine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief-d (loratadine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief-d(fexofenadine) 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief-d(fexofenadine) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy sinus pe 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy sinus-d 2-30-500 mg TABLET	*	
allergy-congest relief-d(fexo) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy-congestion relief-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy-time 4 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
alophen (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
altachlore 5 % DROPS	*	
altachlore 5 % OINTMENT	*	
altazine 0.05 % DROPS	*	
altipres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres pediatric 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
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	*	
amerigel GEL	*	
aminofen 325 mg TABLET	*	
amlactin 12 % LOTION	*	
amladex 1-5-50 mg TABLET	*	
ammonium lactate 12 % CREAM	*	
ammonium lactate 12 % LOTION	*	
anecream5 5 % CREAM	*	
animal chews CHEWABLE TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 1,000-200 mg, 550-110 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid and pain relief 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid anti-gas (ca carb-sim) 1,000-60 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid exst (ca carb-mag hyd) 675-135 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid exst (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid extra-strength 168 mg calcium (420 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid liquid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid m 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid multi-symptom 675-135-60 mg CHEWABLE TABLET	*	
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 ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 mg), 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-dandruff 1 % SHAMPOO	*	
anti-dandruff with menthol 1 % SHAMPOO	*	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
anti-diarrheal (lope)-anti-gas 2-125 mg TABLET	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	
anti-gas ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
anti-itch (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
anti-itch (hc) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
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-itch medicated 1-1 % CREAM	*	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
anti-itch(hydrocortisone)-aloe 1 % CREAM	*	
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 12.5 % LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antifungal 25 % SOLUTION	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	*	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
antifungal ringworm 1 % CREAM	*	
antifungal spray 1 % AEROSOL POWDER	*	
antitussive dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
ap-hist dm 4-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
APATATE FORTE LIQUID	*	
APETEX 790 MG/15 ML LIQUID	*	
APETIGEN 790 MG/15 ML LIQUID	*	
aphen 325 mg TABLET	*	
aprodine 2.5-60 mg TABLET	*	
aqua care 10 % CREAM	*	
aqua care 10 % LOTION	*	
aquagard 41 % OINTMENT	*	
aquanil hc 1 % LOTION	*	
aquaphor baby diaper rash 40 % OINTMENT	*	
AQUAPHOR BABY HEALING 41 % OINTMENT	*	
AQUAPHOR HEALING 41 % OINTMENT	*	
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
AQUAPHOR ORIGINAL 41 % OINTMENT	*	
arthritis pain (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
arthritis pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
ascorbate calcium (vitamin c) 500 mg TABLET	*	
ascorbate calcium-bioflavonoid 500-250 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) GRANULES	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 500 mg CAPSULE	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,500 mg TABLET ER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ascorbic acid (vitamin c) 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg CAPSULE, ER	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/5 ml SYRUP	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml SOLUTION	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg WAFER	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg, 94 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 53 mg LOZENGES	*	
ascorbic acid-bioflavonoids 1,000-50 mg, 500-300 mg CAPSULE	*	
ascorbic acid-zinc oxide 90-50 mg CAPSULE	*	
aspirin 300 mg SUPPOSITORY	*	
aspirin 325 mg, 500 mg, 650 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin childrens 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,bufferd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
athenol 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	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
athletic foot cream 1 % CREAM	*	
auro dri swimmers' ear 95-5 % DROPS	*	
AVEENO BABY 1 % CREAM	*	
AVEENO MOISTURIZING 1 % CREAM	*	
aveeno soothing bath PACKET	*	
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG, 99.5 MG TABLET	*	
azolen 2 % TINCTURE	*	
B ACTIV 680 MCG DFE CAPSULE	*	
b complex 1.7-20-2-1.2 mg/ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
b complex 100 100-2-100-2-2 mg/ml SOLUTION	*	
b complex plus vitamin c 15-10-50-5-300 mg CAPSULE	*	
b complex w-vit c 18-10-45-5-250 mg TABLET	*	
b complex-vitamin c 20 mg-5 mg- 2 mg-75 mcg CHEWABLE TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
b-100 complex 100 mg TABLET ER	*	
b-12 dots 500 mcg TABLET	*	
b-12 plus 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
b-50 complex with inositol 400 mcg-25 mg- 50 mg CAPSULE	*	
b-complex TABLET	*	
b-complex plus b-12 7 mg-5 mg-4 mg- 25 mcg-10 mg TABLET	*	
b-complex plus vit c (calcium) 300 mg-150 mg calcium TABLET	*	
b-complex with b-12 2.5 mg-2.5 mg- 5 mg-100 mcg TABLET	*	
b-complex with vitamin c 400-500 mcg-mg TABLET	*	
b-complex with vitamin c CAPSULE	*	
b-complex with vitamin c TABLET ER	*	
b-right 680 mcg dfe CAPSULE	*	
b-sure 50 % PADS, MEDICATED	*	
b12 5,000-100 mcg LOZENGE	*	
B12 ACTIVE 1,000 MCG CHEWABLE TABLET	*	
b12-methyltetrahydrofolate-b6 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
baby ddrops 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
baby skin protectant (pet) 41 % OINTMENT	*	
baby vitamin d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
baby's super daily d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin 500 unit/gram PACKET	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT IN PACKET	*	
bacitraycin plus 500 unit/gram OINTMENT	*	
back and body pain reliever 500-32.5 mg TABLET	*	
backache relief extra strength 580 (467) mg TABLET	*	
balamine dm (chlor-pe) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
balance b-100 (folic acid) 0.4 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balance b-50 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 400 mcg TABLET ER	*	
balanced b-100 complex 100 mg TABLET ER	*	
balanced b-50 TABLET	*	
balmex adult care 11.3 % CREAM	*	
balmex complete protection 11.3 % CREAM	*	
ban-acid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
banophen anti-itch 2-0.1 % CREAM	*	
bayer advanced 500 mg TABLET	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET, DR/EC	*	
BAYER CHEWABLE ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TABLET	*	
bayer low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
bayer plus extra strength 500 mg TABLET	*	
baza antifungal 2 % CREAM	*	
baza protect (zinc oxide) 12 % CREAM	*	
BC ARTHRITIS 1,000-65 MG POWDER IN PACKET	*	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	*	
BENADRYL ALLERGY 12.5 MG/5 ML LIQUID	*	
benadryl allergy 25 mg TABLET	*	
benadryl extra strength 2-0.1 % CREAM	*	
benfotiamine 150 mg CAPSULE	*	
benzepro 5.3 %, 9.8 % FOAM	*	
benzonatate 100 mg, 200 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % LOTION	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 %, 6 % CLEANSER	*	
best fiber 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
beta carotene 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	*	
beta med 2 % SHAMPOO	*	
beta-hc 1 % LOTION	*	
betasal 3 % SHAMPOO	*	
betatemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
bicarsim forte 125 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BILAC 33 BILLION CELL CAPSULE	*	
BIO-D-MULSION 10 MCG/DROP (400 UNIT/DROP) DROPS	*	
BIO-D-MULSION FORTE 50 MCG/DROP (2,000 UNIT/DROP) DROPS	*	
bio-dtuss dmx 1-30-20 mg/5 ml LIQUID	*	
bio-rytuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
BIOCEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	*	
biocotron 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
biodesp dm 5-15-100 mg/5 ml LIQUID	*	
bionel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	*	
biopetit 790 mg/15 ml LIQUID	*	
biotect plus LIQUID	*	
biotin 1 mg, 10 mg, 5 mg, 800 mcg TABLET	*	
biotin 1 mg, 10,000 mcg, 2,500 mcg, 5 mg CAPSULE	*	
biotin 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg CHEWABLE TABLET	*	
biotin 10,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
biotin 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
BIOTRUE HYDRATION BOOST 0.5 % DROPS	*	
biozen 15.5 billion cell CAPSULE	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
black-draught lax-senna 8.6 mg TABLET	*	
blis-to-sol (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
bone density calcium plus d 300-200-37.5 mg-unit-mg TABLET	*	
bonine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
BOUDREAUXS BUTT PASTE 40 % OINTMENT	*	
bp wash 10 %, 2.5 %, 5 % CLEANSER	*	
bpo 4 %, 8 % GEL	*	
bpo 6 % TOWELETTE	*	
brantussin dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
brohist d 4-10 mg TABLET	*	
bromfed dm 2-30-10 mg/5 ml SYRUP	*	
bronchial asthma relief 12.5-200 mg TABLET	*	
brontuss sf 10-15-300 mg/5 ml LIQUID	*	
bufferin 325 mg TABLET	*	
butenafine 1 % CREAM	*	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
c 1000-bioflavonoids-rose hips CAPSULE	*	
c complex 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
c-1000 1,000 mg TABLET	*	
c-1000 1,000 mg TABLET ER	*	
c-1000 with rose hips 1,000 mg TABLET	*	
c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET ER	*	
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg TABLET	*	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 800 unit-40 mg, 600 mg-400 unit -40 mg-7.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
CAL MAG ZINC PLUS D3 333 MG-133 UNIT -133 MG-5 MG TABLET	*	
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calaclear LOTION	*	
calagesic 1-8 % LOTION	*	
calahist 1-0.1 % LOTION	*	
calahist clear LOTION	*	
calahist with pramoxine 1-8 % LOTION	*	
calamine clear 1-0.1 % LOTION	*	
calamine medicated 1-8 % LOTION	*	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % AEROSOL SPRAY	*	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % LOTION	*	
calc carb-mag ox-d3-zinc gluc 333 mg-133 mg- 1.67 mcg-5 mg TABLET	*	
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg TABLET	*	
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
calcium 26-vit d3-magnesium 15 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg CAPSULE	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium 600 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
calcium 600 + minerals 600 mg calcium- 200 unit TABLET	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) CAPSULE	*	
CALCIUM 600-D3 PLUS (MAG-ZINC) 600 MG CALCIUM- 20 MCG-50 MG TABLET	*	
calcium acetate 667 mg, 668 mg (169 mg calcium) TABLET	*	
calcium amino acid chelate 200 mg calcium TABLET	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carb, citrate, malate 250 mg calcium CAPSULE	*	
calcium carb, citrate-vit d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) TABLET ER	*	
calcium carb,cit,mal-magnesium 167 mg calcium- 83 mg CAPSULE	*	
calcium carb-d3-mag cmb11-zinc 333 mg-200 unit -133 mg-5 mg TABLET	*	
calcium carb-d3-mag ox-zinc ox 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg TABLET	*	
calcium carb-mag ox-zinc gluc 333-133-5 mg TABLET	*	
calcium carb-mag ox-zinc sulf 333-133-5 mg, 334-134-5 mg TABLET	*	
calcium carbonate 200 mg calcium (500 mg), 260 mg calcium (650 mg), 400 mg calcium (1,000 mg), 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 260 mg calcium (648 mg), 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
calcium carbonate 800 mg calcium /2 gram POWDER	*	
calcium carbonate-simethicone 750-80 mg CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate-vit d3-min 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 1,000 mg-20 mcg (800 unit), 250 mg-3 mcg (120 unit), 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium carbonate-vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-12.5 mcg (500 unit), 600 mg-25 mcg (1,000 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	*	
calcium cit-mag aspart,oxid-d3 250 mg-125 mg- 200 unit WAFER	*	
calcium citrate 200 mg (950 mg), 250 mg calcium TABLET	*	
calcium citrate 760 mg calcium /3.5 gram GRANULES	*	
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium citrate malate-vit d3 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
calcium citrate plus 250 mg-40 mg- 125 unit-3.75mg TABLET	*	
calcium citrate plus (vit b6) 250-40-5-125 mg-mg-mg-unit TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 1,000 mg-10 mcg /30 ml LIQUID	*	
calcium citrate-vitamin d3 200 mg-3.125 mcg (125 unit), 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 500 mg-12.5 mcg (500 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium for women 500 mg-100 unit -40 mcg CHEWABLE TABLET	*	
calcium gluconate 50 mg calcium CAPSULE	*	
calcium gluconate 60 mg calcium (650 mg) TABLET	*	
calcium lactate 100 mg calcium TABLET	*	
calcium magnesium plus d 400-167-133 mg-mg-unit TABLET	*	
calcium no.38-d3-mag-boron 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml LIQUID	*	
calcium phos-d3-magnesium-zinc 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg CHEWABLE TABLET	*	
calcium phosphate 825 mg calcium /2.8 gram POWDER	*	
calcium phosphate-vitamin d3 200 mg-5 mcg (200 unit), 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium plus menaq7 adult 500 mg calcium- 200 unit-90 mcg TABLET	*	
calcium plus menaq7 senior 600 mg-1,000 unit-90 mcg TABLET	*	
calcium with boron 500-1.5 mg TABLET	*	
calcium with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium-d3-zinc-copper-mangan 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg TABLET	*	
calcium-folic acid-vitamin d 500-50-300-1 mg-mg-unit-mg WAFER	*	
calcium-magnesium 300-300 mg TABLET	*	
calcium-magnesium-copper-zinc TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium-magnesium-vit d3-boron 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg CAPSULE	*	
calcium-magnesium-zinc 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg TABLET	*	
calcium-vitamin d3-vitamin k 500 mg-1,000 unit-40 mcg, 500 mg-200 unit -40 mcg, 500 mg-500 unit -40 mcg, 650 mg-12.5 mcg-40 mcg CHEWABLE TABLET	*	
caldyphen 1-8 % LOTION	*	
caldyphen clear 1-0.1 % LOTION	*	
caldyphen clear(pram-cmphr-zn) LOTION	*	
CALICYLIC 10 % CREAM	*	
callus remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
CALPHRON 667 MG TABLET	*	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG CHEWABLE TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG TABLET	*	
CAPRON DM 7.5-7.5 MG/5 ML LIQUID	*	
CARTIVISC 500-200-150 MG TABLET	*	
casaca sagrada 270 mg CAPSULE	*	
castor oil 100 % OIL	*	
celebrate b-12 quick-melt 1,000-200 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
centratex 106 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
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 ADULT 50 FRESH-FRUITY 120 MCG CHEWABLE TABLET	*	
centrum adult 50 plus 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum complete 18-400 mg-mcg TABLET	*	
CENTRUM MEN 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	*	
centrum multigummies men 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum multigummies women 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
CENTRUM SILVER MEN 300-60-600-300 MCG TABLET	*	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300-60-600-300 MCG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
centrum specialist heart 3-200-400 mg-mcg-mg TABLET	*	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON- 200 MCG-600 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 8 mg iron-200 mcg-60 mcg TABLET	*	
century men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
century women 18 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
cenvite 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
cerave psoriasis 2 % CREAM	*	
CEREFOLIN 6-5-50-1 MG TABLET	*	
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS 600-2-6 MG TABLET	*	
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL) 6 MG-600 MG- 2 MG-90.314 MG TABLET	*	
CEROVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG TABLET	*	
certa plus 18-0.4-250 mg-mg-mcg TABLET	*	
certavite senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
certavite-antioxidant 18-400 mg-mcg TABLET	*	
cetaphil eczema restoraderm 1 % LOTION	*	
cetiri-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
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	*	
cetirizine-pseudoephedrine 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	*	
chest congestion relief 400 mg TABLET	*	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
chest congestion relief dm 20-400 mg TABLET	*	
chest congestion relief pe 10-400 mg TABLET	*	
chest congestion-cough hbp 10-200 mg CAPSULE	*	
chest congestion-cough relief 20-400 mg TABLET	*	
chest-sinus congestion relief 10-400 mg TABLET	*	
chewable iron 30-10-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
child allergy plus congestion 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ADVIL 100 MG/5 ML SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY 30 MG/5 ML SUSPENSION	*	
children's aller-tec 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's allergy relief(fex) 30 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's allergy(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
children's antacid 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
children's benadryl allergy 12.5 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 chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's chew multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
children's chewable complete 9-200 mg iron-mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewable multivitmn 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewables 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewables extra c 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML SOLUTION	*	
children's cold and cough (pe) 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold and cough dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold-allergy (pe) 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold-cough daytime 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cold-cough-sore 5-10-325 mg/10 ml LIQUID	*	
children's cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough-cold relief 2-15 mg/15 ml LIQUID	*	
children's dibromm cold-allerg 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's dibromm dm cold-cou 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH 2-10 MG/10 ML LIQUID	*	
children's easy-melts 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
children's fever reducing 120 mg SUPPOSITORY	*	
CHILDREN'S FLONASE ALLERGY RLF 50 MCG/ACTUATION SPRAY, SUSPENSION	*	
children's flu relief 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's giltuss cough-chest 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's m-s cold day-night 325-12.5-5 mg/10 ml(nt) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
children's mapap 160 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S MOTRIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	*	
children's motrin jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's mucinex cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's multi-symptom cold 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's multi-vit gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's multivit (w lutein) 50 mcg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S MULTIVITAMIN CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin gummy CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin-immune CHEWABLE TABLET	*	
children's non-aspirin 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain relief 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml ELIXIR	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain-fever relief 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's pain-fever relief 160 mg POWDER IN PACKET	*	
children's pain-fever relief 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pepto 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	*	
children's plus flu 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's probiotic 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's profen ib 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's soothe 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cold max day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold max daytime 5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom 5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom (chlorphen) 2-5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold multi-symptom nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
cold relief 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
cold relief m/s day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold relief plus 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
cold-cough sinus relief pe 5-10-325-100 mg TABLET	*	
cold-flu m-symptom day-night 2-5-10-325-200 mg (day/night) TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold-flu relief 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
cold-flu-sore throat 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
cold-sinus relief 30-200 mg TABLET	*	
cold-sinus relief (ibuprofen) 30-200 mg CAPSULE	*	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
complete allergy 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy 25 mg TABLET	*	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy medicine 25 mg TABLET	*	
complete lice treatment 4-0.33-0.5 % KIT	*	
complete multivitamin-mineral 18-400 mg-mcg TABLET	*	
complete multivitamin-mineral 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
complete mv adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
completenate 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
complex b-100 400 mcg TABLET ER	*	
compound w 17 % LIQUID	*	
compound w 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
compound w dual power 2-in-1 17 % KIT	*	
compound w gel kit 17 % KIT	*	
condrolite 500-200-150 mg TABLET	*	
conex 2-60 mg TABLET	*	
conex 2-60 mg/5 ml SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
conex pediatric 1-30 mg/5 ml SOLUTION	*	
congest-eze pe 10-400 mg TABLET	*	
congestion relief (ibuprof-pe) 200-10 mg TABLET	*	
contac cold-flu day 5-500 mg TABLET	*	
contac cold-flu night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
coral calcium 185 mg-50 mg- 2.5 mcg, 250-125-100 mg-mg-unit CAPSULE	*	
coricidin hbp chest cong-cough 10-200 mg CAPSULE	*	
coricidin hbp cold and flu 2-325 mg TABLET	*	
coricidin hbp cold-multi sympt 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD 4-30 MG TABLET	*	
corn remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
corn-callus remover 17 % KIT	*	
corn-callus remover 17 % LIQUID	*	
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 % GEL	*	
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	*	
corvita 150 150-1.25-120-10 mg TABLET	*	
CORVITE 1.25-2.5-7 MG TABLET	*	
cosamin ds 500-400 mg TABLET	*	
cough and cold (chlorphen-dm) 4-30 mg TABLET	*	
cough and cold mucus relief cf 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
cough and severe cold 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
cough syrup dm 5-50 mg/5 ml SYRUP	*	
cough-chest congestion dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
cough-cold relief hbp 4-30 mg TABLET	*	
cough-sore throat night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
creamy acne face 4 % CLEANSER	*	
critic-aid clear af(miconazol) 2 % OINTMENT	*	
curad petroleum jelly OINTMENT IN PACKET	*	
curae 1.5 mg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 100 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 500 mcg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 3,000 mcg, 500 mcg LOZENGE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg CAPSULE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION</i>	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,500 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 3,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg TABLET, IR/ER, BIPHASIC	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg, 500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL</i>	*	
cyanocobalamin-cobamamide 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin-methylcobalamin 5,000 mcg/ml DROPS	*	
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
d3 dots 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
daily acne wash 2 % CLEANSER	*	
daily face wash 2 % CLEANSER	*	
daily fiber 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-aspart) 3 gram, 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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daily multivitamin 200-100-500 mcg CAPSULE	*	
daily multivitamin with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily multivitamin-minerals TABLET	*	
daily probiotic 2.5 billion cell CAPSULE	*	
daily probiotic (b.infantis) 1 billion cell CAPSULE	*	
daily value TABLET	*	
daily vitamin formula TABLET	*	
daily vitamin formula-iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily vitamin formula-minerals TABLET	*	
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET	*	
DAILY VITES/IRON TABLET	*	
DAILY-VITE TABLET	*	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) 400 MCG TABLET	*	
dandruff shampoo (pyrithione) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selen-aloe) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo/conditioner 1 % SHAMPOO	*	
day multi-symp flu-severe cold 10-20-500 mg POWDER IN PACKET	*	
day-cold night-cold-flu(doxyl) 6.25-5-10-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
day-night severe cold-flu 25-10-20-650 mg/30 ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
day-nite severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg (nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
dayhist allergy 1.34 mg TABLET	*	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
daylogic advanced healing 41 % OINTMENT	*	
daytime cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg CAPSULE	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime max cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	*	
daytime-cold nighttime-cld-flu 10 mg-650 mg/20 ml (day-night) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
daytime-nighttime 10-5-325mg(d)/ 15-325-6.25mg CAPSULE, SEQUENTIAL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daytime-nighttime cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
daytime-nighttime cough 15mg/15ml(d)/ 12.5-30mg/30ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
ddrops 25 mcg/drop (1000 unit/drop), 50 mcg/drop (2, 000 unit/drop) DROPS	*	
DEBROX 6.5 % DROPS	*	
debrox kids 95-5 % DROPS	*	
debrox swimmer's ear 95-5 % DROPS	*	
decara 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
dekas essential 600 mcg-50 mcg- 101 mg-1,000mcg CAPSULE	*	
delsym cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
DELSYM COUGH-SORE THROAT 325-10 MG/10 ML LIQUID	*	
delta d3 10 mcg (400 unit) TABLET	*	
DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN) 1-30-15 MG/5 ML LIQUID	*	
DEPLIN (ALGAL OIL) 15-90.314 MG, 7.5-90.314 MG CAPSULE	*	
deplin fc 15 mg CAPSULE	*	
dermacinrx atrix 2 % CLEANSER	*	
DERMACINRX ATRIX 2 % LIQUID	*	
dermacinrx lacterol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probinate 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probisol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitran 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitrol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx promerol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermafungal 2 % CREAM	*	
DERMAPHOR 44 % OINTMENT	*	
dermarest eczema (hydrocort) 1 % LOTION	*	
dermarest psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	*	
dermazinc 2 % BAR	*	
dermazinc shampoo 2 % SHAMPOO	*	
DERMAZINC SPRAY 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
DESGEN 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
desgen dm 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
desgen dm (pseudoephedrine) 30-10-200 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
despec dm-g 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
despec eda cough-cold drops 2.5-5-50 mg/ml DROPS	*	
despec-dm (phenyleph-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif) 30-10-200 mg TABLET	*	
dexbrompheniramine-phenylep-dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
dexchlorphen-pse-chlophedianol 1-30-12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
dexifol 5 mg TABLET	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dextromethorphan-guaifenesin 20-400 mg TABLET	*	
dextromethorphan-guaifenesin 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
dhs sal 3 % SHAMPOO	*	
DHS ZINC 2 % SHAMPOO	*	
diabetes health formula 500-250 mcg TABLET	*	
diabetic multivitamin 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
diabetic tussin dm 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	*	
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX 1,250 MCG (50,000 UNIT) TABLET	*	
diamode 2 mg TABLET	*	
diaper balm 22 % OINTMENT	*	
diaper rash 13 % CREAM	*	
diaper rash 40 % OINTMENT	*	
diaper rash 40 % PASTE	*	
diarrhea relief (bismuth subs) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
diclofenac sodium 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
<i>diclofenac sodium 1 % GEL</i>	*	QL(1000 cada 30 días)
DIFFERIN 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
digestive probiotic 10 billion cell, 3 billion cell CAPSULE	*	
digestive probiotic 2 billion cell CAPSULE, SPRINKLE	*	
digestive relief 262 mg TABLET	*	
digestive relief 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
DIGITAL PREGNANCY TEST KIT	*	
dimaphen dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
dimenhydrinate 50 mg TABLET	*	
DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE) 1-2.5 MG/5 ML SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dimetapp cold-congestion 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) 1-2.5-5 MG/5 ML SOLUTION	*	
diotame 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphen 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
DOAN'S EXTRA STRENGTH 580 (467) MG TABLET	*	
docosanol 10 % CREAM	*	
docuprene 100 mg TABLET	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg TABLET	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
docusate sodium 60 mg/15 ml SYRUP	*	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	*	
dodex 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
dok 100 mg TABLET	*	
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN) 500-1 MG TABLET	*	
DOLOGESIC-DF 500-1 MG TABLET	*	
dometuss g 5-10-325-100 mg TABLET	*	
dometuss-dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	*	
dometuss-nr 4-10-20 mg TABLET	*	
dona 750 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	*	
dr manzanilla cough-cold 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
dr scholl's clear away 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
DR. SMITH'S DIAPER 10 % OINTMENT	*	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dramamine (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	*	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	*	
driminate 50 mg TABLET	*	
dripdrop 700-410-150 mg POWDER IN PACKET	*	
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE	*	
DRISTAN COLD 2-5-325 MG TABLET	*	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
dual action freeze away wart 17 % KIT	*	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG SUPPOSITORY	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DR/EC	*	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
dulcolax stool softener (dss) 100 mg CAPSULE	*	
duofilm 17 % LIQUID	*	
duragel callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
e-200 90 mg (200 unit) CAPSULE	*	
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	*	
ear wax removal system 6.5 % COMBO PACK	*	
EARLY PREGNANCY TEST KIT	*	
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT	*	
easy fiber 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
easy fiber (wheat dextrin) 1 gram-100 mg calcium CHEWABLE TABLET	*	
eazze the pain 25-500 mg TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ECOTRIN 325 MG TABLET, DR/EC	*	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
eczema 1 % LOTION	*	
eczema care 1 % CREAM	*	
eczema relief 1 % CREAM	*	
ed a-hist 4-10 mg TABLET	*	
ed a-hist 4-10 mg/5 ml LIQUID	*	
ed a-hist dm 4-10-15 mg/5 ml LIQUID	*	
ed bron gp 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
ed chlorped jr 2 mg/5 ml SYRUP	*	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
effaclar (salicylic acid) 2 % CLEANSER	*	
effaclar adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
efferves pain relief antacid 325 mg, 325-1,916-1,000 mg, 500-1,985-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
electrolytes-dextrose PACKET	*	
electrolytes-dextrose SOLUTION	*	
elfolate 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
elfolate plus 2-3-35 mg TABLET	*	
elon dual defense 25 % SOLUTION	*	
EMERGEN-C 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET	*	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
emetrol SOLUTION	*	
emetrol chewable 230 mg CHEWABLE TABLET	*	
endacof - dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	*	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	*	
endur-c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	*	
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION	*	
ENTEX T 60-375 MG TABLET	*	
epsom salt (laxative) 495 mg/5 gram GRANULES	*	
equalactin 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ergocalciferol (vitamin d2) 10 mcg (400 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
essence c 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
essentia 18-400 mg-mcg TABLET	*	
eucerin baby eczema relief 1 % CREAM	*	
eucerin eczema relief 1 % CREAM	*	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	*	
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250-250-65 MG TABLET	*	
EXCEDRIN MIGRAINE 250-250-65 MG TABLET	*	
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant 200 mg TABLET	*	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
expectorant dm 20-300 mg/5 ml LIQUID	*	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	*	
extra strength bayer 500 mg TABLET	*	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	*	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	*	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	*	
eye allergy relief 0.025-0.3 %, 0.02675-0.315 % DROPS	*	
eye drops (tetrahydrozoline) 0.05 % DROPS	*	
eye drops (with povidone) 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops a.c. 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops advanced relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops irritation relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops moisturizing relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydroz-zn sulf) 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydrozolin-peg) 0.05-1 % DROPS	*	
eye health plus lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
EYE ITCH RELIEF 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
eye multivitamin 2,148 mcg-113 mg-45 mg-17.4mg TABLET	*	
ezfe 200 200 mg iron CAPSULE	*	
fa-8 0.8 mg CAPSULE	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
fast mucus relief severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fe c 100-250 mg TABLET	*	
fe c plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	*	
fenesin ir 400 mg TABLET	*	
fenesin pe ir 10-400 mg TABLET	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML DROPS	*	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
fergon 225 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferrex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 forte plus 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 plus 150-50-50 mg CAPSULE	*	
ferrex 28 151-200-1-0.8 mg TABLET	*	
ferric glycinate 18 mg iron/15 ml LIQUID	*	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferro-sequels (iron-vit c) 200 mg (65 mg iron)-25 mg TABLET ER	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrocite 324 mg (106 mg iron) TABLET	*	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron), 89 mg (29 mg iron) TABLET	*	
ferrous gluconate 18 mg iron CAPSULE	*	
ferrous gluconate 236 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron), 256 mg (28 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	*	
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	*	
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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
FEVERALL 120 MG, 650 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	*	
fexofenadine-pseudoephedrine 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
fexofenadine-pseudoephedrine 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	*	
fiber (dextrin) 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
fiber (dextrin) 3 gram/4 gram POWDER IN PACKET	*	
fiber (psyllium husk) 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3 gram/11 gram, 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 delights 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies 1.7 gram, 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with b-complex) 2.5 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with chromium) 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	*	
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	*	
fiber select gummies 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement (inulin) 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
fiber therapy (ca polycarboph) 625 mg TABLET	*	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	*	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy laxative (husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	
fiber with probiotic 4 g-500 million cell/6 gram POWDER	*	
fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber-lax 625 mg TABLET	*	
FIBER-STAT 15 GRAM/30 ML LIQUID	*	
fiber-tabs 625 mg TABLET	*	
FIBERCON 625 MG TABLET	*	
fiberex f15 15 gram/30 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
first aid antibiotic 3.5-500-10,000 mg-unit-unit, 3.5mg-400 unit-5,000 unit/gram OINTMENT	*	
first aid antibiotic-pain rlf 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST KIT	*	
flanax (naproxen) 220 mg TABLET	*	
flavor chews antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
FLEET MINERAL OIL ENEMA	*	
flevoxin 1,000-50-50 mg TABLET ER	*	
flexitol 25 % CREAM	*	
flintstones multivitamin 300 MCG CHEWABLE TABLET	*	
flintstones/extra c CHEWABLE TABLET	*	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50 MCG/ACTUATION SPRAY, SUSPENSION	*	
flonase headache-allergy rlf 2-5-325 mg TABLET	*	
FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF 2.5 MG TABLET	*	
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET	*	
floranex 100 million cell GRANULES IN PACKET	*	
FLORAVANCE 15 BILLION CELL CAPSULE	*	
floraxyl 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
flu hbp 2-10-325 mg, 2-15-500 mg TABLET	*	
flu severe cold-night(diph-pe) 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	
flu-severe cold-cough daytime 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
flu-severe cold-cough night 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
fluoride (sodium) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	*	
fluoride (sodium) 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml DROPS	*	
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION	*	
foaming acne face wash 10 % CLEANSER	*	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
FOLAFY ER 25,500 MCG DFE TABLET ER	*	
folamax 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folaprime 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folbee 2.5-25-1 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
folbee plus 5 mg TABLET	*	
folbic 2.5-25-2 mg TABLET	*	
folbic rf 2-1.13-25 mg TABLET	*	
folic acid 0.8 mg, 20 mg, 480 mcg CAPSULE	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 1 mg, 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
folic acid-vit b6-vit b12 0.5-5-0.2 mg TABLET	*	
folic d3 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	*	
folitab 105 mg iron- 500 mg-800 mcg TABLET ER	*	
folivane-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
folivane-plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
folplex 2.2 2.2-25-0.5 mg TABLET	*	
foltabs 800 0.8-10-115 mg-mg-mcg TABLET	*	
foltanx 2-3-35 mg TABLET	*	
foltanx rf 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	*	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	*	
FOLTX 2-1.13-25 MG TABLET	*	
folvite-d 94 mcg- 1 mg TABLET	*	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
formula 3 1 % SOLUTION	*	
fruit c 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	*	
fungi-nail 25 % SOLUTION	*	
fungi-nail (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
FUNGOID TINCTURE 2 % TINCTURE	*	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
g-fenesin 400 mg TABLET	*	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	*	
G-SUPRESS DX 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
g-tron ped 10-15-350 mg/5 ml LIQUID	*	
g-tron ped 2.5-5-100 mg/ml DROPS	*	
G-TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	*	
gas relief (simethicone) 125 mg, 180 mg, 250 mg CAPSULE	*	
gas relief (simethicone) 125 mg, 80 MG CHEWABLE TABLET	*	
gas relief 80 (simethicone) 80 mg CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gas relief extra strength 125 mg CAPSULE	*	
gas relief extra strength 125 mg CHEWABLE TABLET	*	
gas relief ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
gas-x 250 mg CAPSULE	*	
gas-x extra strength 125 mg CAPSULE	*	
GAS-X EXTRA STRENGTH 125 MG CHEWABLE TABLET	*	
gas-x ultra-strength 180 mg CAPSULE	*	
gavilax 17 gram/dose POWDER	*	
GAVISCON 95-358 MG/15 ML SUSPENSION	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160-105 MG CHEWABLE TABLET	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254-237.5 MG/5 ML SUSPENSION	*	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200-200-25 MG CHEWABLE TABLET	*	
gencontuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
genicin 500 mg CAPSULE	*	
genoravance 15 billion cell CAPSULE	*	
gentian violet 1 %, 2 % SOLUTION	*	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
gentle laxative (mag hydrox) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
gentlelax 17 gram/dose POWDER	*	
geri-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
geri-dryl 25 mg TABLET	*	
geri-kot 8.6 mg TABLET	*	
geri-lanta 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-lanta supreme 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-mox antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
geri-tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss allergy plus (dm) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
GILTUSS COUGH-COLD 10-15-300 MG/5 ML LIQUID	*	
giltuss cough-congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss ex 200 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss hbp 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
glenmax peb 4-10 mg/5 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glenmax peb dm 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
glenmax peb dm forte 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
glentuss 6.25-30-15 mg/5 ml LIQUID	*	
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min 750-551.5-50-30 mg TABLET	*	
glucos chond cplx advanced 750 mg-100 mg- 125 mg-1.65 mg TABLET	*	
glucos-chond-msm (with antiox) 500-500-66.7 mg TABLET	*	
glucosam-chon-collag-hyalur ac 375-300-50-2 mg CAPSULE	*	
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw 500-416.6-20 mg, 750-625-30 mg TABLET	*	
glucosam-chond-msm(with boron) 750-625-30-1 mg TABLET	*	
glucosam-chondr msm6-manganese 467-438-0.7 mg CAPSULE	*	
glucosam-chondr-msm with vit d 750-30-1,000-1 mg-mg-unit-mg, 750-625-1,000 mg-mg-unit TABLET	*	
glucosam-chondr-vit c-mn-boron 750-600-30-1 mg TABLET	*	
glucosam-msm-chond-bosw-hyalur 750-50-100 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
glucosam-msm-chond-hrb149-hyal 500-500-66.7 mg TABLET	*	
glucosam-msm-chondroit-vit d3 750 mg-125 mg -600 mg TABLET	*	
glucosamine 500 mg TABLET	*	
glucosamine chondroitin maxstr 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine daily complex 1,500-400-100 mg-unit-mg TABLET	*	
glucosamine hcl 1,500 mg, 500 mg, 750 mg TABLET	*	
glucosamine hcl-hyaluronic 1,000-1.65 mg TABLET	*	
glucosamine hcl-msm-chondroitn 400-200-333 mg, 500-167-400 mg, 500-83-400 mg TABLET	*	
glucosamine sul-chondroitn-msm 500-250-250 mg CAPSULE	*	
glucosamine sul-chondroitn-msm 500-400-167 mg TABLET	*	
glucosamine sulfate 1,000 mg, 500 mg CAPSULE	*	
glucosamine sulfate 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET	*	
glucosamine sulfate-msm 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine sulfate-msm 500-500 mg TABLET	*	
glucosamine-chond-msm complex 375-500-15-0.5 mg TABLET	*	
glucosamine-chondr (msm-hyal) 500-66.7-500-2 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroit-vit c-mn 750-600-55-5 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 1,500-1,200 mg/30 ml, 2,000-1,200 mg/30 ml LIQUID	*	
glucosamine-chondroitin 167-133 mg, 500-400 mg CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glucosamine-chondroitin 250-200 mg, 500-400 mg, 750-60-150-1 mg, 750-600 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 750-600 mg CHEWABLE TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 3x 750-625-30 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin complx 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine-chondroitin complx 500-416.6-20 mg, 750-625-1,000 mg-mg-unit, 750-625-30 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin ds 500-416.6-20 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin max st 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine-chondroitin-uc ii 125-100-40-10 mg TABLET	*	
glucosamine-d3-boswellia serr 1,500-400-100 mg-unit-mg TABLET	*	
glucosamine-d3-hyaluronic acid 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg TABLET	*	
glucosamine-fish oil 500-400-5 mg-mg-unit CAPSULE	*	
glucosamine-msm-chondr-d3-bosw 25 mcg- 937.5 mg TABLET	*	
glucosamine-msm-hyaluron acid 500-500-1.1 mg TABLET	*	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
glycerin (child) SUPPOSITORY	*	
goniotaire 2.5 % DROPS	*	
goody's back and body pain 500-325 mg PACKET	*	
GORMEL 20 % CREAM	*	
guaiasorb dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifed (guaifenesin) 100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifed-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 200 mg, 400 mg TABLET	*	
guaifenesin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin dac 30-10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
guaifenesin-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
gummi bear multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
gummy dinos CHEWABLE TABLET	*	
GYNE-LOTRIMIN 2 % CREAM	*	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	*	
hair vitamins TABLET	*	
hair, skin and nails (biotin) 10,000 mcg CHEWABLE TABLET	*	
hair,skin and nails 1 mg iron-66.7 mcg-1,000 mcg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hair,skin and nails(fa-biotin) 100-1,500 mcg, 66.7-1,666.7 mcg TABLET	*	
halls defense 60 mg LOZENGE	*	
HARD NAILS 2,500 MCG CAPSULE	*	
head congestion day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
head congestion-flu severe pe 5-10-325-100 mg TABLET	*	
head congestion-mucus 5-325-200 mg TABLET	*	
headache pm 25-500 mg TABLET	*	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	*	
headache relief pm 38-500 mg TABLET	*	
healthy eyes 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
healthy eyes supervision 4,296 mcg-226 mg-90 mg CAPSULE	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg TABLET	*	
heartburn relief 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg TABLET	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron- 1 mg TABLET	*	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg TABLET	*	
hematogen fa 200-250-0.01-1 mg CAPSULE	*	
hematogen forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON- 1 MG CAPSULE	*	
hemorrhoid OINTMENT	*	
hemorrhoidal OINTMENT	*	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal 0.25-3-12 % CREAM	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal cooling 0.25-50 % GEL	*	
hemorrhoidal cream 0.25-1 % CREAM	*	
hemorrhoidal h SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal relief 5 % CREAM	*	
hemorrhoidal(pe-min oil-petro) 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
herbiomed allergy cold-sinus 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	*	
herbiomed severe cold-flu m-s 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
high potency iron 134 mg (27 mg iron), 27 mg iron TABLET	*	
high potency multivit (w-iron) 18-400 mg-mcg TABLET	*	
high potency multivitamin 400 mcg TABLET	*	
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROPS	*	
histex pe 10-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
HISTEX-DM (PE) 2.5-10-20 MG/5 ML LIQUID	*	
home lice-bedbug-dust mite spr 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	*	
hydralyte PACKET	*	
hydralyte SOLUTION	*	
hydrating electrolyte PACKET	*	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 0.5 % OINTMENT	*	
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 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone acetate 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocream 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrolatum OINTMENT	*	
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
HYDROPHILIC PETROLATUM OINTMENT	*	
HYDROPHOR 42 % OINTMENT	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
hylavite 1 mg TABLET	*	
i-prin 200 mg TABLET	*	
I-VITE 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG TABLET	*	
ibu-200 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
ibuprofen 200 mg CAPSULE	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
ibuprofen cold-sinus(with pse) 30-200 mg TABLET	*	
ibuprofen ib 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen pm 200-25 mg CAPSULE	*	
ibuprofen pm 200-38 mg TABLET	*	
ibuprofen-acetaminophen 125-250 mg TABLET	*	
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	*	
ICAR-C 100-250 MG TABLET	*	
ICAR-C PLUS 100-250-25-1 MG-MG-MCG-MG TABLET	*	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
iferex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
igualtuss 10-28-388 mg/5 ml LIQUID	*	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	*	
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 2 MG TABLET	*	
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF 2-125 MG TABLET	*	
infant fever reducer-pain relf 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFANT'S ADVIL 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S TYLENOL 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 gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants profenib 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants simethicone 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' mylicon 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INFUVITE ADULT 3,300 UNIT- 150 MCG/10 ML SOLUTION	*	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT- 200 MCG/5 ML SOLUTION	*	
INTEGRA F 125-1-40-3 MG CAPSULE	*	
INTEGRA PLUS 125 MG IRON- 1 MG CAPSULE	*	
intestinex 680 mg (750 million cell) CAPSULE	*	
invigoflex d 750 mg TABLET	*	
inzo antifungal 2 % CREAM	*	
iron 159 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron 100 plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
iron bisglycinate chelate 28 mg iron, 29 mg iron CAPSULE	*	
iron chews 15 mg CHEWABLE TABLET	*	
iron folate plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
iron folate-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
iron,carbonyl-vitamin c 100-250 mg TABLET	*	
is-d-10,000 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
itch relief 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	
itch relief 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
itch relief (pramoxine-zinc) 1-0.1 % LOTION	*	
itch stopping(diphenhydramine) 2 % GEL	*	
ivermectin 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
jr. strength pain reliever 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
julie 1.5 mg TABLET	*	
k-pax immune support 2.25 mg iron- 100 mcg TABLET	*	
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
k2 plus d3 1,000-100 unit-mcg TABLET	*	
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) 262 MG TABLET	*	
kaopectate (bismuth subsalicy) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
kelp-lecithin-b6 TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
keyfolic 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
kids multivitamin complete 18 mg iron CHEWABLE TABLET	*	
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
kids' gummy CHEWABLE 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	*	
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kindermed kid night cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kobee 0.4 mg TABLET	*	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) 3.5 GRAM POWDER IN PACKET	*	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM POWDER IN PACKET	*	
l-methyl-mc 6-5-50-1 mg TABLET	*	
l-methylfolate forte 15-90.314 mg, 7.5-90.314 mg CAPSULE	*	
l. acidophilus-b. coagulans 35 million- 25 million cell TABLET	*	
l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm 175 mg CAPSULE	*	
l.acidophilus-bifido.longum 15 mg (1 billion cell), 16 mg CAPSULE, DR/EC	*	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l. bifid 1 billion cell WAFER	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 100 million cell GRANULES IN PACKET	*	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell, 2 billion cell TABLET	*	
lactobacillus acidophilus 1 mg WAFER	*	
lactobacillus acidophilus 100 mg (1 billion cell), 25 million cell, 500 million cell CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LAMISIL AT 1 % CREAM	*	
lax stool softener with senna 8.6-50 mg TABLET	*	
laxa basic 100 mg CAPSULE	*	
laxacin 8.6-50 mg TABLET	*	
laxaclear 17 gram/dose POWDER	*	
laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg, 8.6 mg TABLET	*	
laxative peg 3350 17 gram/dose POWDER	*	
laxative pills 25 mg TABLET	*	
laxative pills regular 15 mg TABLET	*	
levocetirizine 5 mg TABLET	*	QL(30 cada 30 días)
levomefol-b6-meb12-algal oil 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	*	
levomefolate calcium 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
levomefolate-algal oil 15-90.314 mg CAPSULE	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice bedding spray 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lice complete kit 1-2-3 4-0.33-0.5 % KIT	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice solution 4-0.33-0.5 % KIT	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lidocaine 5 % CREAM	*	
lidoguard 4 % CREAM	*	
lintera 10 % CLEANSER	*	
LIP TREATMENT GEL	*	
liquid d-r 10-400 mg TABLET	*	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
liquid c 500 mg/5 ml LIQUID	*	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
liquid corn and callus remover 17 % LIQUID	*	
liquituss gg 200 mg/5 ml LIQUID	*	
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET	*	
little animals-iron CHEWABLE TABLET	*	
little remedies fever and pain 160 mg/5 ml LIQUID	*	
little remedies gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
little tummys gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
lmefol ca-acetyl-meb12-algal 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	*	
LMX 5 5 % CREAM	*	
lohist - d 2-30 mg/5 ml LIQUID	*	
lohist-dm 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
long acting nasal decong (pse) 120 mg TABLET ER	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loperamide 2 mg TABLET	*	
loperamide-simethicone 2-125 mg TABLET	*	
loradamed 10 mg TABLET	*	
lorata-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
lorata-dine d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine 10 mg TABLET	*	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
loratadine-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
lotrimin af 2 % AEROSOL SPRAY	*	
lotrimin af 2 % POWDER	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lotrimin af jock itch powder 2 % AEROSOL POWDER	*	
lotrimin af powder 2 % AEROSOL POWDER	*	
LOTRIMIN ULTRA 1 % CREAM	*	QL(30 cada 30 días)
lubricant redness reliever 0.05-1 % DROPS	*	
ludent fluoride 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	*	
LUMIFY 0.025 % DROPS	*	
lumitene 30 mg CAPSULE	*	
lycopene 10 mg CAPSULE	*	
lysiplex plus LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
MAALOX ADVANCED 200-200-20 MG/5 ML SUSPENSION	*	
maalox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
MAG 64 64 MG TABLET, DR/EC	*	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mag-delay 64 mg TABLET, DR/EC	*	
mag-g 27 mg magnesium (500 mg) TABLET	*	
magnesium 200 mg, 250 mg TABLET	*	
magnesium (oxide/aa chelate) 300 mg CAPSULE	*	
magnesium amino acid chelate 100 mg TABLET	*	
magnesium chloride 64 mg magnesium TABLET	*	
magnesium chloride 64 mg, 70 mg TABLET, DR/EC	*	
magnesium citrate SOLUTION	*	
magnesium citrate 100 mg TABLET	*	
magnesium citrate 100 mg, 125 mg CAPSULE	*	
magnesium citrate 34 mg, 83.3 mg CHEWABLE TABLET	*	
magnesium citrate,mag oxide 250 mg CAPSULE	*	
magnesium citrate-lemon balm 66.6-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
magnesium gluconate 12.5 mg magne- sium (250 mg), 27 mg magnesium (500 mg), 27.5 mg magne- sium (500 mg), 30 mg (550 mg) TABLET	*	
magnesium glycinate 100 mg magnesium CAPSULE	*	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium l-lactate 84 mg TABLET ER	*	
magnesium oxide 200 mg magnesium CHEWABLE TABLET	*	
magnesium oxide 200 mg magnesium, 250 mg magnesium, 265.3 mg mag (440 mg), 300 mg magnesium, 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg, 500 mg magnesium TABLET	*	
magnesium oxide 400 mg magnesium, 500 mg CAPSULE	*	
magnesium sulfate 100 mg CAPSULE	*	
magnesium, potassium aspartate 250-250 mg CAPSULE	*	
MAGOX 400 MG (241.3 MG MAGNESIUM) TABLET	*	
MAGTAB 84 MG TABLET ER	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg/15 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mapap cold formula 5-10-325 mg TABLET	*	
maxallergy kids 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss g 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss gmx 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss jr 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe 2-5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe jr 2.5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss tr 1.25-30 mg/5 ml SYRUP	*	
maximum strength cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml LIQUID	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
maxtussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxtussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
me-thfolate glucos-mecobalamin 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
meclizine 12.5 mg, 25 mg TABLET	*	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg LOZENGE	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
medi-meclizine 25 mg TABLET	*	
MEDI-PADS 50 % PADS, MEDICATED	*	
medi-seltzer 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
medicated pads 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated wipes 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicidin-d 2-5-325 mg TABLET	*	
mediplast corn-callus-wart 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
mediproxen 220 mg TABLET	*	
mega biotin 10,000 mcg CAPSULE	*	
mega multi for women 13.5-200-250 mg-mcg-mcg 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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 2 % SOLUTION W/APPLICATOR	*	
miconazole nitrate 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) CREAM	*	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 prefil,cream,wipe 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole-7 2 % CREAM	*	
miconazole-skin clnsr17 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazorb af 2 % POWDER	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
micotrin al 1 % SOLUTION	*	
micotrin ap 2 % POWDER	*	
micro-guard 2 % POWDER	*	
microflor 33 33 billion cell CAPSULE	*	
midol complete 500-60-15 mg TABLET	*	
MIDOL MAX ST MENSTRUAL 500-60-15 MG TABLET	*	
midol pm 38-500 mg TABLET	*	
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	*	
milltrium senior TABLET	*	
mineral oil ENEMA	*	
mineral oil OIL	*	
mineral oil extra heavy OIL	*	
mineral oil heavy OIL	*	
mini enema 283-20 mg/5 ml ENEMA	*	
mini multivitamins-iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
MIRALAX 17 GRAM POWDER IN PACKET	*	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE POWDER	*	
mix-in laxative 17 gram POWDER IN PACKET	*	
moi-stir SPRAY WITH PUMP	*	
monistat 1 (tioconazole) 6.5 % OINTMENT	*	
monistat 3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
MONISTAT 3 4 % (200 MG)- 2 % (9 GRAM) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
MONISTAT 7 2 % CREAM	*	
monistat care (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
more-dophilus POWDER	*	
motion sickness 50 mg TABLET	*	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	*	
motion sickness relief 50 mg TABLET	*	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	*	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
motrin dual action w-tylenol 125-250 mg TABLET	*	
motrin ib 200 mg CAPSULE	*	
MOTRIN IB 200 MG TABLET	*	
motrin pm 200-38 mg TABLET	*	
move it along 100 mg TABLET	*	
mtx support 0.5-1 mg TABLET	*	
mucilin sf 3.5 gram POWDER IN PACKET	*	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	*	
mucinex cough-chest congest hb 10-200 mg CAPSULE	*	
MUCINEX D 60-600 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH 120-1,200 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
MUCINEX DM 30-600 MG, 60-1,200 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	*	
mucinex fast-max cold-flu 5-10-325-200 mg TABLET	*	
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT 10-20-650 MG/20 ML LIQUID	*	
mucinex fast-max cold-flu-thrt 5-10-325-200 mg TABLET	*	
mucinex fast-max cong-ha (dm) 5-10-325 mg CAPSULE	*	
mucinex fast-max dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
multi-purpose ointment 53.4-15.5 % OINTMENT	*	
multi-symptom cold (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	*	
multi-symptom relief eye 0.05-0.25-1 % DROPS	*	
multi-symptom severe cold-nt 10mg(dy)/25mg- 10mg-650mg-(nt) POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	*	
multi-vit with fluoride-iron 0.25mg fluoride -10 mg iron/ml DROPS	*	
multi-vitamin hp/minerals CAPSULE	*	
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	*	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75 mg TABLET	*	
multigen folic 70-150-10-1-2 mg-mg-mcg-mg-mg TABLET	*	
multigen plus 151-60-10-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
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-fluoride (metafolin) 0.25 mg fluoride, 0.5 mg fluoride, 1 mg fluoride CHEWABLE TABLET	*	
multivit-min-ferrous fumarate 15 mg iron TABLET	*	
multivit-min-ferrous gluconate 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multivit-min-folic acid-lutein 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	*	
multivit-min-iron fum-folic ac 7.5 mg iron-400 mcg TABLET	*	
multivitamin TABLET	*	
multivitamin 50 plus 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 6.5 % DROPS	*	
murine ear wax removal system 6.5 % DROPS	*	
muro 128 2 %, 5 % DROPS	*	
MURO 128 5 % OINTMENT	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
my way 1.5 mg TABLET	*	
my-vitalife CAPSULE	*	
myco nail a 25 % SOLUTION	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
mycozyl al 1 % SOLUTION	*	
mycozyl ap 2 % POWDER	*	
myferon 150 150 mg iron CAPSULE	*	
myferon 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
mylanta gas 125 mg CHEWABLE TABLET	*	
mylanta maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
myneprocaps 1 mg CAPSULE	*	
mynephron 1 mg CAPSULE	*	
myo-tone TABLET	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg CAPSULE	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
naramin 12.5 mg/5 ml LIQUID IN PACKET	*	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	*	
nasal decongestant (pe) 10 mg TABLET	*	
nasal decongestant (pseudoeph) 120 mg TABLET ER	*	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg CAPSULE (ABUSE-RESISTANT)	*	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	*	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	*	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
natural fiber laxative 0.52 gram CAPSULE	*	
natural fiber laxative (sugar) POWDER	*	
natural fiber laxative(aspart) POWDER	*	
natural fiber supplement 6 gram/6 gram POWDER	*	
natural oatmeal bath treatment PACKET	*	
natural senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
natural veg laxative(sennosid) 8.6 mg TABLET	*	
nausea control SOLUTION	*	
nausea relief SOLUTION	*	
NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA 230 MG CHEWABLE TABLET	*	
neosporin (neo-bac-polym) 3.5-400-5,000 mg-unit-unit OINTMENT IN PACKET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
neosporin plus burn relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	*	
NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR 3.5-500-10,000 MG-UNIT-UNIT/G OINTMENT	*	
nephro vitamins 0.8 mg TABLET	*	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	*	
NEURIN-SL 600-600 MCG SUBLINGUAL TABLET	*	
NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH 2 % CLEANSER	*	
NEUTROGENA T/SAL 3 % SHAMPOO	*	
new day 1.5 mg TABLET	*	
NEXAFED 30 MG TABLET (ABUSE RESISTANT)	*	
NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM) 500 MCG- 750 MG TABLET	*	
nicotinamide (with chromium) 500 mcg- 750 mg TABLET	*	
night time cold and flu relief 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
night time pain medicine 25-500 mg TABLET	*	
nighttime allergy relief 25 mg TABLET	*	
nighttime cold-flu 6.25-15-325 mg CAPSULE	*	
nighttime cold-flu relief 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
nighttime cough 6.25-15 mg/15 ml SOLUTION	*	
ninjacof-xg 8-200 mg/5 ml LIQUID	*	
nite time cold-flu 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
nite time cold-flu relief 6.25-15-325 mg CAPSULE	*	
nite time cold-flu relief (pe) 6.25-5-10-325 mg CAPSULE	*	
nite time cough 6.25-15 mg/15 ml SOLUTION	*	
nite time-d cold-flu relief 6.25-30-15-500 mg/15 ml LIQUID	*	
nite-time cold-flu 6.25-15-325 mg CAPSULE	*	
nitetime multi-symptom 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
niva-fol 2.5-25-2 mg TABLET	*	
niva-plus 27 mg iron- 1 mg TABLET	*	
nivanex dmx 10-15-380 mg TABLET	*	
NIX CREME RINSE 1 % LIQUID	*	
NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION 0.06-0.35-0.6 % COMBO PACK	*	
nizoral psoriasis 3 % SHAMPOO	*	
noble formula 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
noble formula 2 % BAR	*	
noble formula 2 % SHAMPOO	*	
noble formula hc 1 % AEROSOL SPRAY	*	
noble formula hc 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
nohist-dm 4-10-15 mg/5 ml LIQUID	*	
nohist-lq 4-10 mg/5 ml LIQUID	*	
non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
non-aspirin 325 mg TABLET	*	
non-aspirin 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
non-aspirin extra strength 500 mg TABLET	*	
non-aspirin pain relief 500 mg TABLET	*	
non-aspirin pm 25-500 mg TABLET	*	
nortemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
nortemp 80 mg/0.8 ml DROPS	*	
norwegian cod liver oil 1,250-135 unit CAPSULE	*	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	*	
numbcream 5 % CREAM	*	
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT	*	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
ocutabs TABLET	*	
ocuvite with lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
odor control foot-sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS	*	
omnicap 0.4 mg TABLET	*	
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, 0.5 mg, 400 mcg TABLET	*	
one daily for men 0.4-600 mg-mcg TABLET	*	
one daily for men 50 plus adv 400-600-120 mcg-mcg-mg TABLET	*	
one daily for women 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily healthy weight 200-18-0.4 mg TABLET	*	
one daily maximum 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily men's 50 plus memory 400-600-120 mcg-mcg-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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 PLUS MINERALS TABLET	*	
one daily prenatal 28-800-440 mg-mcg-mg COMBO PACK	*	
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, 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca TABLET	*	
one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca TABLET	*	
one daily womens 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
ONE STEP OVULATION TEST KIT	*	
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 VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET	*	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY 200 MCG CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day women vitacraves 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day women's 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET	*	
onelix bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
onelix docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
onelix fiber (with sucrose) 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
onelix magnesium citrate SOLUTION	*	
onelix senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
onevite calcium-d3 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
onevite daily multivitamin 400 mcg TABLET	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
OPTIFLEX-G 750 MG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oral saline laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	*	
oralyte SOLUTION	*	
ortho df 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	*	
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN) 1,500-400-100 MG-UNIT-MG TABLET	*	
OVULATION TEST KIT	*	
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
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 and mag 250-155 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	*	
P AND S (SALICYLIC ACID) 2 % SHAMPOO	*	
p-col rite 8.6-50 mg TABLET	*	
pain and sleep 25-500 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml LIQUID	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 650 mg TABLET ER	*	
pain relief (aspirin-caffeine) 845-65 mg POWDER IN PACKET	*	
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	*	
pain relief adult 500 mg/15 ml LIQUID	*	
pain relief cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	*	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	*	
pain relief pm 25-500 mg TABLET	*	
pain relief pm (w-aspirin) 250-250-38 mg TABLET	*	
pain relief pm rapid release 25-500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetam-aspirin) 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	*	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever pm ex-strength 25-500 mg TABLET	*	
pain-off 250-250-65 mg TABLET	*	
panoxyl 10 %, 4 % CLEANSER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
panoxyl (salicylic acid) 2 % LIQUID	*	
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % DROPS	*	
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % DROPS	*	
PDG OVULATION CONFIRM TEST KIT	*	
pecgen dmx 10-187 mg/5 ml LIQUID	*	
pecgen pse 30-10-187 mg/5 ml LIQUID	*	
pedi multivit no.194-iron sulf 10 mg iron/ml DROPS	*	
pedia d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON 11 MG IRON/ML DROPS	*	
pedia tri-vite 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	*	
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROPS	*	
PEDIALYTE SOLUTION	*	
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLUTION	*	
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLUTION	*	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLUTION	*	
PEDIALYTE SINGLES SOLUTION	*	
pediatric d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
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 multivitamin no.171 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	*	
pediatric tri-vite 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
pep-t-med 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
PEPCID AC 10 MG, 20 MG TABLET	*	
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH 20 MG TABLET	*	
PEPCID COMPLETE 10-800-165 MG CHEWABLE TABLET	*	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET	*	
pepto-bismol 262 mg TABLET	*	
PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML SUSPENSION	*	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML SUSPENSION	*	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET	*	
percogesic backache relief 580 (467) mg TABLET	*	
percogesic extra strength 12.5-500 mg TABLET	*	
PERSA-GEL 10 % GEL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PETROLATUM, YELLOW (BULK) 100 % GEL	*	
PETROLEUM JELLY GEL	*	
PETROLEUM JELLY, WHITE GEL	*	
pharbechlor 4 mg TABLET	*	
pharbedryl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
pharbetol 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pharbinex-dm 20-400 mg TABLET	*	
PHAZYME 180 MG, 250 MG CAPSULE	*	
phenazopyridine 95 mg TABLET	*	
phenylephrine hcl 10 mg TABLET	*	
phenylephrine-dm-guaifenesin 10-18-200 mg/15 ml LIQUID	*	
phillips 500 mg magnesium TABLET	*	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML SUSPENSION	*	
phillips' liqui-gels 100 mg CAPSULE	*	
PHOS-NAK 280-160-250 MG POWDER IN PACKET	*	
phosphate laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	*	
phosphorous supplement 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	*	
phytonadione (vitamin k1) 100 mcg TABLET	*	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET	*	
phytonadione (vitamin k1) 500 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	*	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
pink bismuth 262 mg TABLET	*	
pink bismuth 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
pinrid 250 mg CHEWABLE TABLET	*	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	*	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	*	
plantar wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
pm pain relief 25-500 mg TABLET	*	
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
poison ivy dual action CLEANSER	*	
poison ivy treatment 0.25-0.5-10 % AEROSOL SPRAY	*	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
poly-iron 150 mg iron CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicatedruglist](https://www.humana.com/medicatedruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
poly-iron 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	*	
poly-vita drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	*	
poly-vita with iron 10 mg/ml DROPS	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	*	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	*	
polysaccharide iron complex 150 mg iron CAPSULE	*	
POLYSPORIN 500-10,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMIN) 2-7.5-15 MG/5 ML LIQUID	*	
posture-d (with magnesium) 600 mg calcium- 500 unit-50 mg TABLET	*	
potassium citrate 99 mg CAPSULE	*	
potassium gluconate 2.5 meq, 500 mg (83 mg), 550 mg (90 mg), 595 mg (99 mg), 600 mg (99 mg) TABLET	*	
potassium, sodium phosphates 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	*	
powderlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
powderlax 17 gram/dose POWDER	*	
pramoxine 1 % FOAM	*	
pre-menstrual relief 500-25-15 mg TABLET	*	
PREBIOTIC FIBER 2 GRAM CHEWABLE TABLET	*	
PREGNANCY TEST KIT	*	
prenatal 28 mg iron- 800 mcg, 28-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal 400 mcg CHEWABLE TABLET	*	
prenatal + dha 28 mg iron- 975 mcg-200 mg, 28 mg iron-800 mcg-200 mg COMBO PACK	*	
prenatal 19 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
prenatal 19 29 mg iron- 1 mg TABLET	*	
prenatal complete 14 mg iron- 400 mcg TABLET	*	
prenatal formula 28 mg iron- 800 mcg, 9 mg iron- 267 mcg TABLET	*	
prenatal gummies 400 mcg-35 mg- 25 mg-5 mg CHEWABLE TABLET	*	
prenatal gummies (dha-epa) 180 mcg-32.5mg- 25 mg-7.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
prenatal gummies(zinc chelate) 180 mcg-35 mg- 25 mg-5 mg CHEWABLE TABLET	*	
prenatal multi 27-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal multi-dha (algal oil) 27mg iron- 800 mcg-250 mg CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
prenatal multi-dha(with vit k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg CAPSULE	*	
prenatal multivitamins 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal one daily 27 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal tablet 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vit no.179-iron-folic 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vit-iron fum-folic ac 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vitamin 27 mg iron- 0.8 mg, 27 mg iron- 800 mcg, 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal vitamin plus low iron 27 mg iron- 1 mg TABLET	*	
prenatal vitamin with minerals 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
prenatal with dha-folic acid 400-32.5 mcg-mg CHEWABLE TABLET	*	
PREPARATION H 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
preparation h (pe) 0.25 % SUPPOSITORY	*	
preparation h (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
preparation h hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL) 0.25-50 % GEL	*	
PREPARATION H(PE,CB) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
pres gen 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
PRES GEN PEDIATRIC 2.5-5-75 MG/5 ML LIQUID	*	
PRESERVISION AREDS 2,148 MCG-113 MG-45 MG-17.4MG TABLET	*	
presgen b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
pressure and pain pe 5-325 mg TABLET	*	
pressure-pain pe plus cold 5-10-325-100 mg TABLET	*	
pressure-pain pe plus mucus 5-325-200 mg TABLET	*	
primidar 31 billion cell CAPSULE	*	
probiotic 10 billion cell, 15 billion cell CAPSULE	*	
probiotic 20 billion cell, 5 billion cell CAPSULE, SPRINKLE	*	
probiotic acidophilus 250 million cell CAPSULE	*	
probiotic acidophilus (4 strn) 1 billion cell- 250 mg TABLET	*	
probiotic acidophilus beads 2 billion cell CAPSULE	*	
probiotic acidophilus-pectin 100 million cell-10 mg CAPSULE	*	
probiotic colon support 240 mg (3 billion cell) CAPSULE	*	
probiotic colon support 70 mg (5 billion cell) TABLET, DR/EC	*	
probiotic complex 25 billion cell -100 mg CAPSULE	*	
probiotic digest supp (6-strn) 10 billion cell -100 mg CAPSULE	*	
probiotic digest(lacto,bifido) 1.5 billion cell CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
probiotic digestive system sup 5 billion cell CAPSULE	*	
probiotic pearls 15 mg (1 billion cell) CAPSULE, DR/EC	*	
probiotic-digestive enzymes 5-250 mg CAPSULE	*	
probizen 32 billion cell CAPSULE	*	
PROCTOFOAM 1 % FOAM	*	
profola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
PROMELLA 32 BILLION CELL CAPSULE	*	
promethazine vc-codeine 6.25-5-10 mg/5 ml SYRUP	*	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP	*	
promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml SOLUTION	*	
promolaxin 100 mg TABLET	*	
protective ointment OINTMENT	*	
pseudoephedrine hcl 120 mg TABLET ER	*	
pseudoephedrine hcl 30 mg, 60 mg TABLET	*	
pseudoephedrine-guaifenesin 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
pseudoephedrine-guaifenesin 60-375 mg TABLET	*	
psoriasis 2 % OINTMENT	*	
psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	*	
psoriatar 2 % FOAM	*	
psyllium husk 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
psyllium husk 2.6 gram/4.1 gram POWDER	*	
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram POWDER	*	
pure and gentle (mineral oil) ENEMA	*	
pure and gentle (saline) 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
purelax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
purelax 17 gram/dose POWDER	*	
purevit dualfe plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	*	
pyridoxine (vitamin b6) 10 mg, 100 mg, 25 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/2.5 ml LIQUID	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 200 mg TABLET ER	*	
pyrilamine-dextromethorphan 7.5-7.5 mg/5 ml LIQUID	*	
quintabs 400 mcg TABLET	*	
quintabs-m iron free 0.4 mg TABLET	*	
rapid clear treatment pads 2 % PADS, MEDICATED	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ready-to-use enema (min oil) ENEMA	*	
rectasmoothe 5 % CREAM	*	
RECTICARE 5 % CREAM	*	
redness relief 0.012-0.2 %, 0.012-0.25 %, 0.03-0.5 % DROPS	*	
redness reliever eye drops 0.05 % DROPS	*	
redness reliever lubricant 0.012-0.2 % DROPS	*	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	*	
refenesen 400 mg TABLET	*	
refenesen dm 20-400 mg TABLET	*	
refenesen pe 10-400 mg TABLET	*	
regener-eyes pro 0.5 % DROPS	*	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk) 0.4 gram CAPSULE	*	
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.4 gram POWDER	*	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) 3 GRAM/12 GRAM, 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	*	
rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	*	
renal caps 1 mg CAPSULE	*	
renal vitamin 0.8 mg TABLET	*	
renal-vite 0.8 mg TABLET	*	
renewal bath treatment PACKET	*	
reno caps 1 mg CAPSULE	*	
RESCON-GG 5-100 MG/5 ML LIQUID	*	
RESPA-AR 8-90-0.24 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
retaine allergy 0.2 % DROPS	*	
REVEAL GET PREGNANT QUICK COMBO PACK	*	
REVEAL OVULATION PREDICTOR KIT	*	
REVEAL OVULATION TEST KIT	*	
REVEAL PREGNANCY TEST KIT	*	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg CAPSULE	*	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg, 25 mg, 400 mg, 50 mg TABLET	*	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ringworm 1 % CREAM	*	
RISA-BID 1 BILLION CELL- 250 MG TABLET	*	
risacal-d 100 mg calcium- 3 mcg TABLET	*	
risaquad-2 16 billion cell CAPSULE	*	
robafen cf (phenylephrine) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
robafen dm 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin cold-flu night (pe) 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	*	
robitussin cough and cold cf 2.5-5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin cough-chest cong dm 10-200 mg CAPSULE	*	
ROBITUSSIN COUGH-CHEST CONG DM 5-100 mg/5 ml, 5-50 MG/5 ML LIQUID	*	
robitussin cough-sore throat 325-10 mg/10 ml LIQUID	*	
robitussin honey cgh-flu-sore 325-10 mg/10 ml LIQUID	*	
robitussin honey max dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin long-acting 1-7.5 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin max 12h cough-mucus 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
robitussin nighttime cough dm 3.125-7.5 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin sevr cough-cold-flu 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
rompe pecho max multi symptoms 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
rondec-d 30-12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
ru-hist d 4-10 mg TABLET	*	
rycontuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
rydex 1.3-10-6.3 mg/5 ml LIQUID	*	
rynex dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
rynex pe 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
rynex pse 1-15 mg/5 ml LIQUID	*	
safe tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
SAFETUSSIN PM 3.125-7.5 MG/5 ML LIQUID	*	
scalp relief 3 % LIQUID	*	
scalp relief (hydrocortisone) 1 % SOLUTION	*	
scalpicin anti-itch 1 % SOLUTION	*	
scooby-doo one a day CHEWABLE TABLET	*	
SCOT-TUSSIN DM 2-15 MG/5 ML LIQUID	*	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML LIQUID	*	
SCOT-TUSSIN SENIOR 15-200 MG/5 ML LIQUID	*	
SCYTERA 2 % FOAM	*	
se-tan plus 162-115.2-1 mg CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sebex 2-2 % SHAMPOO	*	
secura antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
secura protective OINTMENT	*	
selsun blue 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue (pyrithione zinc) 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue (salicylic acid) 2 %, 3 % SHAMPOO	*	
selsun blue 2-in-1 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue moisturizing 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue naturals 3 % SHAMPOO	*	
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 450 mg CAPSULE	*	
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	*	
sennosides 8.6 mg TABLET	*	
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	*	
SEKOKOT 8.6 MG TABLET	*	
SEKOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	*	
sentry 18-400 mg-mcg TABLET	*	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	*	
severe allergy 12.5-500 mg TABLET	*	
severe allergy-sinus headache 25-5-325 mg TABLET	*	
severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold and flu nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold and flu(day/night) 6.25-5-325 mg/15 ml (nt) LIQUID, SEQUENTIAL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
severe cold and flu-day (dm) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold multi-symptom 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold pe 12.5-5-325 mg TABLET	*	
severe congestion relief 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	*	
severe cough-congestion 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
severe sinus 5-325-200 mg TABLET	*	
shake that ache 500 mg TABLET	*	
simethicone 125 mg, 180 mg CAPSULE	*	
simethicone 125 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
sinus 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
sinus and allergy pe 4-10 mg TABLET	*	
sinus and cold-d 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
sinus congestion and pain 5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain (ibu-pe) 200-10 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(chlorph) 2-5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(guaif) 5-325-200 mg TABLET	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinus decongestant (pe) 10 mg TABLET	*	
sinus headache pe 5-325 mg TABLET	*	
sinus pain-pressure (pe) 5-325 mg, 5-500 MG TABLET	*	
sinus pe decongestant 10 mg TABLET	*	
sinus pe pressure-pain-cold 5-10-325-100 mg TABLET	*	
sinus pressure-cong relief pe 10 mg TABLET	*	
sinus relief (non-drowsy) 5-325 mg TABLET	*	
sinus relief max str day-night 5-325 mg(d)/ 12.5-5-325mg(n), 5-325-200mg(d)/ 25-5mg-325mg(n) TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinus relief pressure and pain 5-325-200 mg TABLET	*	
sinus-headache day-night 2-5-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinutrol pe 2-5-325 mg TABLET	*	
skin protectant a and d OINTMENT	*	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	*	
skin protectant petrolatum 44 % OINTMENT	*	
skin success anti-acne 3 % BAR	*	
skin treatment 12 % LOTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
skintegritty skin CREAM	*	
SKLICE 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)
slow release iron 140 mg (45 mg iron), 142 mg (45 mg iron), 143 mg (45 mg iron), 144 mg (45 mg iron), 160 mg (50 mg iron), 168 mg (50 mg iron), 250 mg (50 mg iron) TABLET ER	*	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
smoothlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
smoothlax 17 gram/dose POWDER	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
sodium chloride 5 % DROPS	*	
sodium chloride 5 % OINTMENT	*	
solarhist 1-2 % LOTION	*	
soluble fiber 500 mg TABLET	*	
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml DROPS	*	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg TABLET	*	
soothe and cool skin paste OINTMENT	*	
soothe regular strength 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
soothing bath treatment PACKET	*	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	*	
sorbugen nr 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
spectravite adult 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
spectravite adult 50 plus(lut) 500-250 mcg CHEWABLE 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	*	
st joseph aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
st. joseph aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
stahist t 2.5 mg TABLET	*	
sterile eye drops 0.05 % DROPS	*	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
stomach relief 262 mg TABLET	*	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stomach relief original 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stool softener 100 mg TABLET	*	
stool softener 100 mg, 250 mg, 50 mg CAPSULE	*	
stool softener 50 mg/5 ml LIQUID	*	
stool softener 60 mg/15 ml SYRUP	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	*	
stop lice 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
strawberry c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
stress b with zinc TABLET	*	
stress b-complex 500 mg-400 mcg- 24 mg-3 mg TABLET	*	
STRESS FORMULA TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH ZINC TABLET	*	
SUDAFED 30 MG TABLET	*	
SUDAFED 12 HOUR 120 MG TABLET ER	*	
SUDAFED PE 10 MG TABLET	*	
SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU 5-10-325-100 MG TABLET	*	
SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS 5-325-200 MG TABLET	*	
sudafed pe head congestn-pain 200-10 mg TABLET	*	
SUDAFED PE PRESSURE-PAIN 5-325 MG TABLET	*	
sudafed sinus 12hr pressr-pain 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
sudogest 30 mg, 60 mg TABLET	*	
sudogest 12-hour 120 mg TABLET ER	*	
sudogest cold and allergy 4-60 mg TABLET	*	
SULFO-LO 3 % BAR	*	
super b maxi complex 0.4 mg TABLET	*	
SUPER B/C CAPSULE	*	
super calcium 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	
SUPER DAILY D3 25 MCG/DROP (1000 UNIT/DROP), 50 mcg/drop (2,000 unit/drop) DROPS	*	
SUPER MULTIVITAMIN TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
super probiotic 20 billion cell CAPSULE	*	
super quints 0.4 mg TABLET	*	
super quints b-50 TABLET	*	
super thera vite m TABLET	*	
suphedrin 15 mg/5 ml LIQUID	*	
suphedrin 30 mg TABLET	*	
suphedrine 30 mg TABLET	*	
suphedrine 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
suphedrine pe cold and allergy 4-10 mg TABLET	*	
suphedrine pe sinus and allergy 4-10 mg TABLET	*	
suphedrine pe sinus headache 5-325 mg TABLET	*	
support LIQUID	*	
SUPPORT-500 CAPSULE	*	
SUPRESS DX 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
surebiotic 31 billion cell CAPSULE	*	
SURFAK 240 MG CAPSULE	*	
swim ear 95-5 % DROPS	*	
swimmer's instant ear dry 95-5 % DROPS	*	
tab-a-vite 400 mcg TABLET	*	
TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON 18-400 MG-MCG TABLET	*	
TAGAMET HB 200 MG TABLET	*	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	*	
TANDEM PLUS 162-115.2-1 MG CAPSULE	*	
targeted acne spot treatment 2.5 % CREAM	*	
taron forte 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	*	
tecnu rash relief 2 % AEROSOL SPRAY	*	
teeny tummy infant gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
tension headache 500-65 mg TABLET	*	
tension headache pain reliever 500-65 mg TABLET	*	
terbinafine hcl 1 % CREAM	*	
the magic bullet 10 mg SUPPOSITORY	*	
thera 400 mcg TABLET	*	
thera antifungal 2 % CREAM	*	
thera antifungal 2 % POWDER	*	
thera tears sterilid 0.01 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
thera-d 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
THERA-M 9 MG IRON-400 MCG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
thera-tabs TABLET	*	
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY 5-10-325 MG TABLET	*	
theraflu expressmax cold day 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
theraflu expressmax cold night 12.5-5-325 mg TABLET	*	
theraflu expressmax cold night 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	
theraflu expressmax sv cld-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
theraflu svr cld rlf dy(pe-dm) 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
theraflu-d flu relief day 60-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
theragran-m premier 50 plus 400-250-375 mcg TABLET	*	
theralogix companion 0.4 mg TABLET	*	
therapeutic dandruff shampoo 3 % SHAMPOO	*	
therapeutic t plus 3 % SHAMPOO	*	
therapeutic-m 19 mg iron- 400 mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
theratrum complete 50 plus-lyc 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
theratrum complete 50 plus/lut TABLET	*	
theratrum complete with lutein TABLET	*	
THEREMS MULTIVITAMIN 400 MCG TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg CAPSULE	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
thiamine mononitrate (vit b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	
TINACTIN 1 % AEROSOL POWDER	*	
TINACTIN 1 % CREAM	*	
TINACTIN 1 % POWDER	*	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tm-daily vite 400 mcg TABLET	*	
toe area treatment antifungal 1 % SOLUTION	*	
tolcylen 1 % SOLUTION	*	
tolnafi-al 1 % SOLUTION	*	
tolnaftate 1 % AEROSOL POWDER	*	
tolnaftate 1 % CREAM	*	
tolnaftate 1 % POWDER	*	
tolnaftate 1 % SOLUTION	*	
total allergy medicine 25 mg TABLET	*	
travel sickness 50 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
travel-ease (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg TABLET	*	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	*	
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	*	
triacetin 100 % LIQUID	*	
tricon 110-0.5 mg CAPSULE	*	
trigels-f forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
tripenicol s 25 % SOLUTION	*	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5-400-5,000 MG-UNIT-UNIT OINTMENT IN PACKET	*	
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 spray 3.5-400-5,000 mg-unit-unit AEROSOL SPRAY	*	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple magnesium complex 400 mg magnesium CAPSULE	*	
triple paste 40 % OINTMENT	*	
triple paste af 2 % OINTMENT	*	
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	*	
TRISPEC DMX 10-187 MG/5 ML LIQUID	*	
TRISPEC PSE 30-10-187 MG/5 ML LIQUID	*	
tritolnacide s 1 % SOLUTION	*	
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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	*	
TRONVITE 1 MG-100 MG- 300 MCG TABLET	*	
TRUE COVER CONDOM DEVICE	*	
true multivitamin 400 mcg TABLET	*	
truelyte advanced hydration SOLUTION	*	
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	*	
tucks (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
tums dual action (famotidine) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	*	
tums ultra 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	*	
tums-gas relief (calc-simeth) 750-80 mg CHEWABLE TABLET	*	
tusicof 10-20-400 mg TABLET	*	
TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	*	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel dm pediatric(phenyleph) 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	*	
TUSNEL NEW FORMULA 30-15-200 MG/5 ML SOLUTION	*	
TUSNEL PEDIATRIC 15-5-50 MG/5 ML LIQUID	*	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussi pres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
tussi-pres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
TUSSI-PRES PEDIATRIC 2.5-5-75 MG/5 ML LIQUID	*	
tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin 400 mg TABLET	*	
tussin cf (pe-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cf cough-cold 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cf max 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tussin cf max severe m-s cold 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cough-chest congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml, 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 20-400 mg TABLET	*	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm day-night 12.5 mg-30 mg/ 10 ml (night) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
tussin dm max 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin nighttime cough dm 12.5-30 mg/10 ml LIQUID	*	
tusstin 10-28-388 mg/5 ml, 2.5-7.5-88 mg/ml LIQUID	*	
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
TYLENOL 325 MG TABLET	*	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG TABLET	*	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG/15 ML LIQUID	*	
TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR 5-325-200 MG TABLET	*	
tylenol cold-flu multi-act day 30-15-500 mg TABLET	*	
TYLENOL EXTRA STRENGTH 500 MG TABLET	*	
tylenol pm extra strength 25-500 mg TABLET	*	
TYLENOL SINUS HEADACHE 5-325 MG TABLET	*	
TYLENOL SINUS SEVERE 5-325-200 MG TABLET	*	
tyr cooler LIQUID	*	
ultra a-d 2 mg TABLET	*	
ultra mide 25 25 % LOTION	*	
ultra pesticide free lice SOLUTION	*	
ultra strength antacid 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
ultra tuss safe 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
urea 10 % LOTION	*	
urea 10 %, 20 % CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
UREACIN-10 10 % LOTION	*	
UREACIN-20 20 % CREAM	*	
urinary pain relief 95 mg, 97.5 mg, 99.5 mg TABLET	*	
uristat ultra 99.5 mg TABLET	*	
uro-pain 95 mg, 99.5 mg TABLET	*	
v-c forte 1 mg CAPSULE	*	
valihist 2-5-325 mg TABLET	*	
VANACOF 1-30-12.5 MG/5 ML LIQUID	*	
VANACOF DM 10-18-200 MG/15 ML LIQUID	*	
vanicream hc 1 % CREAM	*	
vanicream z-bar 2 % BAR	*	
vanquish 227-194-33 MG, 250-250-65 mg TABLET	*	
VASELINE GEL	*	
vcf contraceptive gel 4 % GEL	*	
vegetable lax-stool softener 8.6-50 mg TABLET	*	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	*	
verticalm 25 mg TABLET	*	
vic-forte 1 mg CAPSULE	*	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg CAPSULE	*	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg TABLET	*	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
VICKS NYQUIL COLD AND FLU 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	*	
vicks nyquil cold/flu liquicap 6.25-15-325 mg CAPSULE	*	
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	*	
vicks nyquil severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
virt-caps 1 mg CAPSULE	*	
visine 0.05 % DROPS	*	
visine red eye hydrating cmfrt 0.05-1 % DROPS	*	
vision TABLET	*	
vision formula (with lutein) 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
vision formula(a-c-e-zn-se-cu) 1,000 unit-60 mg-30 unit TABLET	*	
vision plus lutein TABLET	*	
vista gonio 2.5 % DROPS	*	
vit 3 500 mg-500 mcg -1 mg-12.5 mg CAPSULE	*	
vit a palmitate-beta carotene 25,000 unit (15k-10k unit) TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vit a palmitate-vit c-vit d3 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-10 mg- 10 mg TABLET ER	*	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-25 mg- 100 mg CAPSULE	*	
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins) 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vit c-echinacea purpurea xt 75-3 mg CHEWABLE TABLET	*	
vita-c CRYSTALS	*	
VITACEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	*	
vitafusion women's multi 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy adult multi 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy biotin 2,500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy daily c 125 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy daily d 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	*	
vitalee 0.4 mg TABLET	*	
vitalets CHEWABLE TABLET	*	
VITAMEDMD ONE RX 30 MG IRON-1MG -200 MG CAPSULE	*	
vitamin a 2,400 mcg, 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin a acetate 3,000 mcg (10,000 unit) SUBLINGUAL TABLET	*	
vitamin a and d OINTMENT	*	
vitamin a and d diaper rash OINTMENT	*	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit), 4,500 mcg (15,000 unit) TABLET	*	
vitamin a palmitate-vitamin d2 10,000-400 unit TABLET	*	
vitamin b complex CAPSULE	*	
vitamin b complex TABLET	*	
VITAMIN B COMPLEX TABLET, DISINTEGRATING	*	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-1 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	
vitamin b-1 (mononitrate) 100 mg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-12 1,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	*	
vitamin b-12 2,500 mcg, 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
vitamin b-12 50 mcg, 500 mcg LOZENGE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin b-2 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	*	
vitamin b-6 100 mg, 25 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	
vitamin b-6 50 mg CAPSULE	*	
vitamin b12-folic acid 1,000-400 mcg LOZENGE	*	
vitamin b12-folic acid 2,500-400 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
vitamin b12-folic acid 500-400 mcg TABLET	*	
vitamin c POWDER	*	
vitamin c 1,000 mg, 100 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
vitamin c 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin c 500 mg CAPSULE, ER	*	
vitamin c 500 mg/15 ml LIQUID	*	
vitamin c (ascorbate calcium) 814 mg/gram POWDER	*	
vitamin c drops 60 mg LOZENGE	*	
vitamin c fizzy drink 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vitamin c powder blend 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
vitamin c with rose hips 500 mg CAPSULE	*	
vitamin c with rose hips 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin d2-vitamin k1 20-120 mcg/4 drops DROPS	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin d3-vitamin k2 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg CAPSULE	*	
vitamin e 1,150 unit/1.25 ml LIQUID	*	
vitamin e 100 unit/0.25 ml DROPS	*	
vitamin e 268 mg (400 unit), 670 mg (1,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin e (dl, acetate) 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit), 90 mg (200 unit) CAPSULE	*	
vitamin e (dl, acetate) 22.5 mg (50 unit)/ml, 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml DROPS	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicatedruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin e acetate 134 mg (200 unit) CAPSULE	*	
vitamin e mixed 1,000 unit, 400 unit CAPSULE	*	
vitamin e mixed 100 unit, 200 unit, 400 unit TABLET	*	
vitamin e succinate 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit), 67 mg (100 unit) TABLET	*	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamin k2 100 mcg, 45 mcg CAPSULE	*	
vitamin k2 40 mcg TABLET	*	
vitamin k2 90 mcg/0.5 ml DROPS	*	
vitamin k2 (mk-4) 100 mcg TABLET	*	
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
vitamins a-d-e selenium 10,000-400 unit-unit TABLET	*	
vitamins b complex CAPSULE	*	
vitamins b complex TABLET	*	
vitasure 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
VITRON-C 65 MG IRON- 125 MG TABLET, DR/EC	*	
vitrum 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
vitrum senior 500-300-250 MCG TABLET	*	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	*	
votriza-al 1 % LOTION	*	
wal-act d cold and allergy 2.5-60 mg TABLET	*	
wal-dram 50 mg TABLET	*	
wal-dram 2 25 mg TABLET	*	
wal-dryl (diphenhydramine) 2 % AEROSOL SPRAY	*	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % CREAM	*	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-dryl allergy 25 mg CAPSULE	*	
wal-dryl allergy 25 mg TABLET	*	
wal-dryl severe allergy-sinus 25-5-325 mg TABLET	*	
wal-dryl-d allergy and sinus 25-10 mg TABLET	*	
wal-fex allergy 180 mg, 60 mg TABLET	*	
wal-fex d 12 hour 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
wal-fex d 24 hour 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
wal-finate 4 mg TABLET	*	
wal-finate-d 4-60 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-flu cold and sore throat 20-10-325 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu day-night cold-cough 25-10-20-650 mg POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	*	
wal-flu night severe cold 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	
wal-flu night time 20-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu severe cold and cough 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu severe cold-cough 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-itin 10 mg TABLET	*	
wal-itin 5 mg/5 ml SOLUTION	*	
wal-itin d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
wal-itin d 12 hour 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
wal-mucil fiber 0.52 gram CAPSULE	*	
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-nadol pm 25-500 mg TABLET	*	
wal-phed 30 mg, 4-60 mg TABLET	*	
wal-phed 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
wal-phed d 120 mg TABLET ER	*	
wal-phed pe 10 mg TABLET	*	
wal-phed pe cold-cough 5-10-325-100 mg TABLET	*	
wal-phed pe day-night 5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
wal-phed pe nighttime cold 25-5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe pressure+pain+cold 5-10-325-100 mg TABLET	*	
wal-phed pe severe cold 12.5-5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe sinus and allergy 4-10 mg TABLET	*	
wal-phed pe sinus headache 5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe triple relief 5-325-200 mg TABLET	*	
wal-profen 200 mg CAPSULE	*	
wal-profen 200 mg TABLET	*	
wal-profen cold-sinus 30-200 mg TABLET	*	
wal-profen d cold and sinus 30-200 mg TABLET	*	
wal-proxen 220 mg TABLET	*	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
wal-tap 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
wal-tap dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-tussin cough and cold cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
wal-zyr (cetirizine) 10 mg CAPSULE	*	
wal-zyr (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
wal-zyr d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
walgreens dry skin treatment 41 % OINTMENT	*	
warrior a-relief rectal cream 4-0.25 % CREAM W/APPLICATOR	*	
wart remover 17 % GEL	*	
wart remover 17 % LIQUID	*	
wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
wart remover 40 % PLASTER	*	
wee care 15 mg/1.25 ml SUSPENSION	*	
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
well lyte advanced hydration SOLUTION	*	
wellfola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
wellpro-31 31 billion cell CAPSULE	*	
wescaps 1 mg CAPSULE	*	
westab max 2.5-25-2 mg TABLET	*	
westab one 2.5-25-1 mg TABLET	*	
westussin dm (dexchlorphenir) 1-5-10 mg/5 ml SYRUP	*	
westussin dm nf 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
wheat germ oil OIL	*	
white petrolatum 42 % OINTMENT	*	
WHITE PETROLATUM GEL	*	
white petrolatum OINTMENT IN PACKET	*	
WHITE PETROLEUM JELLY GEL	*	
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's 50 plus advanced 400-20 mcg TABLET	*	
women's 50 plus daily formula 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
women's 50 plus multivitamin 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca, 27-0.4 mg TABLET	*	
women's daily pack 400 mcg-800 mg -10 mcg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's multivitamin 18 mg-400 mcg- 500 mg-50 mcg TABLET	*	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN 200 MCG- 25 MG CHEWABLE TABLET	*	
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	*	
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg- 200 mg COMBO PACK	*	
womens daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
x-seb t pearl 10-4 % SHAMPOO	*	
xaquil xr 25,500 mcg dfe TABLET ER	*	
xcellent a 3000 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
xcellent a 7500 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	*	
xvite 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
XYZAL 2.5 MG/5 ML SOLUTION	*	QL(300 cada 30 días)
XYZAL 5 MG TABLET	*	QL(30 cada 30 días)
xyzbac 1-5-50 mg TABLET	*	
yelets 18-400 mg-mcg TABLET	*	
yogurt plus calcium gummies 250 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	*	
Z-BUM 22 % CREAM	*	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
zantac-360 (famotidine) 20 mg TABLET	*	
zeasorb af 2 % POWDER	*	
ZELAC 15.5 BILLION CELL CAPSULE	*	
zeldana 5 mg-5 mg-37.5 mg-25 mg-1 mg CAPSULE	*	
zenoptiq gel 0.0085 % GEL WITH PUMP	*	
zenoptiq spray 0.01 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
zephrex-d 30 mg TABLET (ABUSE RESISTANT)	*	
zinc oxide 20 %, 25 %, 40 % OINTMENT	*	
zinc oxide 22 % CREAM	*	
zinc with vitamins a and c 15 mg LOZENGE	*	
zyncof 20-400 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYRTEC 10 MG CAPSULE	*	
ZYRTEC 10 MG CHEWABLE TABLET	*	
ZYRTEC 10 MG TABLET	*	
ZYRTEC-D 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
zyvit 1-5-50 mg TABLET	*	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D - AUTORIZACION PREVIA		
benzphetamine 50 mg TABLET	*	
diethylpropion 25 mg TABLET	*	
diethylpropion 75 mg TABLET ER	*	
IMCIVREE 10 MG/ML SOLUTION	*	
liraglutide (weight loss) 3 mg/0.5 ml (18 mg/3 ml) PEN INJECTOR	*	
orlistat 120 mg CAPSULE	*	
phendimetrazine tartrate 105 mg CAPSULE, ER	*	
phendimetrazine tartrate 35 mg TABLET	*	
phentermine 15 mg, 30 mg, 37.5 mg CAPSULE	*	
phentermine 37.5 mg TABLET	*	
SAXENDA 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR	*	
WEGOVY 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML PEN INJECTOR	*	
WEGOVY 1.5 MG, 25 MG, 4 MG, 9 MG TABLET	*	QL(30 cada 30 días)
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR	*	
ZEPBOUND 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML SOLUTION	*	
ZEPBOUND KWIKPEN 10 MG/0.6 ML (40 MG/2.4 ML), 12.5 MG/0.6 ML (50 MG/2.4 ML), 15 MG/0.6 ML (60 MG/2.4 ML), 2.5 MG/0.6 ML (10 MG/2.4 ML), 5 MG/0.6 ML (20 MG/2.4 ML), 7.5 MG/0.6 ML (30 MG/2.4 ML) PEN INJECTOR	*	QL(2.4 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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.

#		
	1-day	95
	12 hour decongestant	95
	12 hour nasal decongest (pse)	95
	2-in-1 laxative	95
	24 hour allergy relief	95
	24hour allergy	95
	24hr allergy relief	95
	24hr allergy-congestion relief	95
	3-day vaginal	95
	50 plus adult eye health	95
	8 hour pain reliever	95
	8hr muscle aches-pain	95
	A	
	a and d (lanolin-petrolatum)	95
	a thru z	95
	a thru z advanced formula	95
	a thru z high potency	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
	A-25 (VIT A PALMITATE)	95
	abacavir	80
	abacavir-lamivudine	80
	abanatuss ped	95
	abaneu-sl	95
	ABATINEX	95
	abatuss dmx	95
	abc complete adult	95
	abc complete men's	96
	abc complete senior 50 plus	96
	abc complete senior men's	96
	abc complete women's	96
	abc plus	96
	ABELCET	66
	abigale	32
	abigale lo	32
	ABILIFY ASIMTUFII	77
	ABILIFY MAINTENA	77
	abiraterone	68
	abirtega	68
	ABREVA	96
	ABRYSVO (PF)	41
	acamprosate	26
	acarbose	89
	accutane	28
	acebutolol	19
	acerola c	96
	acerola c-500	96
	acetaminophen	96
	acetaminophen extra strength	96
	acetaminophen pain relief	96
	acetaminophen pm	96
	acetaminophen pm extra str	96
	acetaminophen-codeine	52
	acetazolamide	19
	acetic acid	55

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

acetylcysteine	92	actinel	97
acid controller	96	actinel dm	97
acid controller complete	96	actinel pediatric	97
acid gone antacid	96	acyclovir	80
acid gone antacid e.strength	96	acyclovir sodium	80
acid reducer (cimetidine)	96	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	42
acid reducer (famotidine)	96	ADALIMUMAB-ADAZ	42
acid reducer complete (famot)	96	ADALIMUMAB-ADBM	42
acid reducer-antacid	96	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	42
acid-pep	96	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	42
acidophilus	96	adapalene	28, 97
acidophilus probiotic blend	96	addaprin	97
acidophilus-pectin	96	adefovir	80
acidophilus-pectin, citrus	96	ADEMPAS	92
acitretin	28	ADSTILADRIN	49
acne cleanser	97	adult 50 plus eye health	97
acne cleansing bar	97	adult aspirin regimen	97
acne control (salicylic acid)	97	adult low dose aspirin	97
acne control(benzoyl peroxide)	97	adult multivitamin (w-lutein)	97
acne foaming wash	97	adult multivitamin gummies	97
ACNE MEDICATION	97	adult one daily gummies	97
acne pads	97	adult robitussin peak cold m-s	97
acne treatment (benzoyl perox)	97	adult tussin cf	97
acne wash	97	adult tussin chest congestion	97
acne-clear	97	adult wal-tussin	97
acnomel	97	adult wal-tussin dm max	97
ACTHIB (PF)	41	adults 50 plus	97
ACTICON (DEXBROMPH-PSE)	97	adults multivitamin	98
actidogesic	97	ADVAIR HFA	92
actidogesic-df	97	advanced acne spot treatment	98
actidom da	97	advanced antacid-antigas	98
actidom dmx	97	advanced exfoliating cleanser	98
ACTIMMUNE	41	advanced healing (petrolatum)	98

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ADVANCED PROBIOTIC	98	ALEVE COLD AND SINUS	98
ADVIL	98	ALEVE SINUS AND HEADACHE	98
ADVIL DUAL ACTION	98	ALEVE-D SINUS AND COLD	98
ADVIL JUNIOR STRENGTH	98	ALEVE-D SINUS AND HEADACHE	98
ADVIL LIQUI-GEL	98	alfuzosin	32
ADVIL LIQUI-GELS MINIS	98	aliskiren	19
ADVIL MIGRAINE	98	alka-seltzer heartburn chew	98
ADVIL PM	98	ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS	98
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN	98	ALKA-SELTZER ORIGINAL	99
afirmelle	32	ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE)	99
after pill	98	ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM)	99
AFTERA	98	alka-seltzer plus day	99
AIMSCO LATEX CONDOM	98	alka-seltzer plus mucus-conges	99
air-power	98	alka-seltzer plus sinus-cough	99
AIRSUPRA	92	alka-seltzer severe cold	99
AKEEGA	68	alkums	99
ala-hist ir	98	all day allergy (cetirizine)	99
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM)	98	all day allergy-d	99
alavert	98	all day cold and sinus	99
alavert d-12 allergy-sinus	98	all day pain relief	99
ALAWAY	98	all day pain relief sinus,cold	99
alba-lybe	98	all day relief	99
albendazole	76	all-nite cold-flu	99
albuterol sulfate	92	ALLEGRA ALLERGY	99
alcaftadine	98	ALLEGRA HIVES	99
ALCOHOL PADS	49	ALLEGRA-D 12 HOUR	99
ALCOHOL PREP PADS	49	ALLEGRA-D 24 HOUR	99
ALCOHOL SWABS	49	ALLER-CHLOR	99
ALCOHOL WIPES	49	aller-ease	99
ALECENSA	68	aller-fex	99
alendronate	25	aller-flo	99
aler-cap	98	aller-g-time	99
ALEVE	98	aller-tec	99

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

aller-tec d	99	allergy-time	101
allerclear	99	allopurinol	17
allerclear d-12hr	99	almacone-2	101
allerclear d-24hr	99	alophen (bisacodyl)	101
allergy	99	alose tron	30
allergy (chlorpheniramine)	99	alprazolam	55
allergy (diphenhydramine)	99, 100	altachlore	101
allergy and congestion relief	100	altavera (28)	32
allergy and sinus relief	100	altazine	101
allergy d-12	100	altipres	101
allergy eye (ketotifen)	100	altipres pediatric	101
allergy eye (naphazoline-phen)	100	altipres-b	101
allergy medication	100	alum-mag hydroxide-simeth	101
allergy medicine	100	aluminum hydroxide gel	101
allergy multi-symptom	100	ALUNBRIG	68
allergy relief (cetirizine)	100	alyacen 1/35 (28)	32
allergy relief (fexofenadine)	100	alyacen 7/7/7 (28)	32
allergy relief (fluticasone)	100	alyq	92
allergy relief (levocetirizin)	100	amantadine hcl	18
allergy relief (loratadine)	100	ambrisentan	92
allergy relief d-24hr	100	amerigel	101
allergy relief d12	100	amethia	33
allergy relief multi-symptom	100	amethyst (28)	33
allergy relief(chlorpheniramn)	100	amikacin	55
allergy relief(diphenhydramin)	100	amiloride	19
allergy relief,nasal decongest	100	amiloride-hydrochlorothiazide	19
allergy relief-d (cetirizine)	100	aminofen	101
allergy relief-d (loratadine)	100	aminophylline	92
allergy relief-d(fexofenadine)	100	AMINOSYN II 10 %	83
allergy sinus pe	100	AMINOSYN II 15 %	83
allergy sinus-d	100	AMINOSYN-PF 10 %	83
allergy-congest relief-d(fexo)	100	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	83
allergy-congestion relief-d	101	amiodarone	19

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

amitriptyline	64	antacid extra-strength	101
amlactin	101	antacid liquid	101
amladex	101	antacid m	102
amlodipine	19	antacid maximum strength	102
amlodipine-atorvastatin	19	antacid multi-symptom	102
amlodipine-benazepril	19	antacid plus anti-gas	102
amlodipine-olmesartan	19	antacid regular strength	102
amlodipine-valsartan	19	antacid ultra strength	102
ammonium lactate	28, 101	antacid-antigas	102
amnesteem	28	anti-dandruff	102
amoxapine	64	anti-dandruff with menthol	102
amoxicillin	55, 56	anti-diarrheal	102
amoxicillin-pot clavulanate	56	anti-diarrheal (lope)-anti-gas	102
amphotericin b	66	anti-diarrheal (loperamide)	102
amphotericin b liposome	66	anti-gas ultra strength	102
ampicillin	56	anti-itch (diphenhydramine)	102
ampicillin sodium	56	anti-itch (hc)	102
ampicillin-sulbactam	56	anti-itch medicated	102
anagrelide	88	anti-itch(diphenhyd) with zinc	102
anastrozole	68	anti-itch(hydrocortisone)-aloe	102
anecream5	101	anti-nausea	102
animal chews	101	antibiotic (bacitracin zinc)	102
ANKTIVA	68	antibiotic (neomy-bacit-polym)	102
antacid	101	antibiotic plus (pramoxine)	102
antacid (calcium carb-mag hyd)	101	antibiotic plus pain rel(pram)	102
antacid (calcium carbonate)	101	antibiotic-pain relief (bacit)	102
antacid and pain relief	101	antifungal	102, 103
antacid anti-gas	101	antifungal (clotrimazole)	103
antacid anti-gas (ca carb-sim)	101	antifungal (miconazole)	103
antacid calcium	101	antifungal (terbinafine)	103
antacid exst (ca carb-mag hyd)	101	antifungal (tolnaftate)	103
antacid exst (mag carb-al hyd)	101	antifungal extra thick	103
antacid ext str (calcium carb)	101	antifungal ringworm	103

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

antifungal spray	103	ascorbate calcium (vitamin c)	103
antitussive dm	103	ascorbate calcium-bioflavonoid	103
ap-hist dm	103	ascorbic acid (vitamin c)	103, 104
APATATE FORTE	103	ascorbic acid-ascorbate sodium	104
APETEX	103	ascorbic acid-bioflavonoids	104
APETIGEN	103	ascorbic acid-zinc oxide	104
aphen	103	asenapine maleate	77
apomorphine	18	ashlyna	33
aprepitant	65, 66	aspirin	104
apri	33	aspirin childrens	104
aprodine	103	aspirin,buffd-calcium carb-mag	104
APTIVUS	80	ASTEPRO ALLERGY	104
aqua care	103	atazanavir	80
aquagard	103	atenolol	19
aquanil hc	103	atenolol-chlorthalidone	19
aquaphor baby diaper rash	103	athenol	104
AQUAPHOR BABY HEALING	103	athlete's foot	104
AQUAPHOR HEALING	103	athlete's foot (clotrimazole)	104
aquaphor itch relief	103	athlete's foot (terbinafine)	104
AQUAPHOR ORIGINAL	103	athlete's foot (tolnaftate)	104
aranelle (28)	33	athletic foot cream	104
ARCALYST	42	atomoxetine	26
AREXVY (PF)	42	atorvastatin	19
arformoterol	92	atovaquone	76
ARIKAYCE	56	atovaquone-proguanil	77
aripiprazole	77	atropine	46
ARISTADA	77	ATROPINE SULFATE (PF)	46
ARISTADA INITIO	77	ATROVENT HFA	92
ARMOUR THYROID	40	aubra	33
ARNUITY ELLIPTA	92	aubra eq	33
arthritis pain (diclofenac)	103	AUGTYRO	68
arthritis pain relief (acetam)	103	auro dri swimmers' ear	104
arthritis pain reliever	103	aurovela 1.5/30 (21)	33

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

aurovela 1/20 (21)	33	b complex 100	105
aurovela 24 fe	33	b complex plus vitamin c	105
aurovela fe 1-20 (28)	33	b complex w-vit c	105
aurovela fe 1.5/30 (28)	33	b complex-vitamin c	105
AUSTEDO	26	b complex-vitamin c-folic acid	105
AUSTEDO XR	26, 27	b-100 complex	105
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	27	b-12 dots	105
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	49	b-12 plus	105
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	49	b-50 complex with inositol	105
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	49	b-complex	105
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	b-complex plus b-12	105
AUVELITY	64	b-complex plus vit c (calcium)	105
AUVI-Q	92	b-complex with b-12	105
AVEENO BABY	104	b-complex with vitamin c	105
AVEENO MOISTURIZING	104	b-right	105
aveeno soothing bath	104	b-sure	105
aviane	33	b12	105
AVMAPKI-FAKZYNJA	68	B12 ACTIVE	105
ayuna	33	b12-methyltetrahydrofolate-b6	105
AYVAKIT	68	baby ddrops	105
azacitidine	68	baby skin protectant (pet)	105
azathioprine	42	baby vitamin d3	105
azelaic acid	28	baby's super daily d3	105
azelastine	46, 92, 104	bacitracin	46, 56, 105
azithromycin	56	bacitracin zinc	105
AZO URINARY PAIN RELIEF	104	bacitracin-polymyxin b	47
azolen	104	bacitraycin plus	105
aztreonam	56	back and body pain reliever	105
azurette (28)	33	backache relief extra strength	105
		baclofen	17
		bal-care dha	83
		balamine dm (chlor-pe)	105
		balance b-100 (folic acid)	105

B

B ACTIV	104		
b complex	104		
b complex 1 (with folic acid)	105		

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

balance b-50 (with folic acid)	106	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	49
balanced b-100	106	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	49
balanced b-100 complex	106	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	50
balanced b-50	106	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	50
balmex adult care	106	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	50
balmex complete protection	106	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	50
balsalazide	26	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	50
BALVERSA	68	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	50
balziva (28)	33	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	50
ban-acid	106	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	50
BAND-AID GAUZE PADS	49	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50
banophen	106	BELSOMRA	48, 49
banophen anti-itch	106	BENADRYL	106
BAQSIMI	89	BENADRYL ALLERGY	106
BARACLUDE	80	benadryl extra strength	106
BAVENCIO	68	benazepril	19
bayer advanced	106	benazepril-hydrochlorothiazide	20
bayer aspirin	106	benfotiamine	106
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	106	BENLYSTA	42
bayer low dose aspirin	106	benzepro	106
bayer plus extra strength	106	benzonatate	106
baza antifungal	106	benzoyl peroxide	106
baza protect (zinc oxide)	106	benzphetamine	178
BC ARTHRITIS	106	benztropine	18
BCG VACCINE, LIVE (PF)	42	BESREMI	42
BD ALCOHOL SWABS	49	best fiber	106
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	beta carotene	106
BD ECLIPSE LUER-LOK	49	beta med	106
BD INSULIN SYRINGE	49	beta-hc	106
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	49	BETADINE OPHTHALMIC PREP	47
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	49	betaine	94
BD INSULIN SYRINGE U-500	49	betamethasone acet,sod phos	39
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	49	betamethasone dipropionate	28

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

betamethasone valerate	28	black-draught lax-senna	107
betamethasone, augmented	28	blis-to-sol (tolnaftate)	107
betasal	106	blisovi 24 fe	33
betatemp	106	blisovi fe 1.5/30 (28)	33
betaxolol	47	blisovi fe 1/20 (28)	33
bethanechol chloride	32	bone density calcium plus d	107
bexarotene	68	bonine	107
BEXSERO	42	BOOSTRIX TDAP	42
bicalutamide	69	BORDERED GAUZE	50
bicarsim forte	106	BORTEZOMIB	69
BICILLIN C-R	56	BOSULIF	69
BICILLIN L-A	56	BOUDREAUXS BUTT PASTE	107
BIKTARVY	80	bp wash	107
BILAC	107	bpo	107
bimatoprost	47	BRAFTOVI	69
BIO-D-MULSION	107	brantussin dm	107
BIO-D-MULSION FORTE	107	BREO ELLIPTA	92
bio-dtuss dmx	107	BREZTRI AEROSPHERE	92
bio-rytuss	107	briellyn	33
BIOCEL (WITH LUTEIN)	107	brimonidine	47
biocotron	107	brivaracetam	60
biodesp dm	107	BRIVIACT	61
bionel	107	brohist d	107
biopetit	107	bromfed dm	107
biotect plus	107	bromocriptine	18
biotin	107	bronchial asthma relief	107
BIOTRUE HYDRATION BOOST	107	brontuss sf	107
biozen	107	BRUKINSA	69
bisacodyl	107	budesonide	26, 92
bismuth	107	bufferin	107
bismuth subsalicylate	107	bumetanide	20
bisoprolol fumarate	20	bupivacaine (pf)	54
bisoprolol-hydrochlorothiazide	20	bupivacaine hcl	54

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

buprenorphine	52	calcitol	108
buprenorphine hcl	26	calcipotriene	28
buprenorphine-naloxone	26	calcitonin (salmon)	25
bupropion hcl	64	calcitriol	25
bupropion hcl (smoking deter)	26	calcium 26-vit d3-magnesium 15	108
bupirone	55	calcium 500 + d	108
butalbital-acetaminophen-caff	50	calcium 500 with d	108
butenafine	107	calcium 600	108
C		calcium 600 + d(3)	109
c 1000-bioflavonoids-rose hips	108	calcium 600 + minerals	109
c complex	108	calcium 600 with vitamin d3	109
c-1000	108	CALCIUM 600-D3 PLUS (MAG-ZINC)	109
c-1000 with rose hips	108	calcium acetate	109
c-500	108	calcium amino acid chelate	109
c-lax laxative (bisacodyl)	108	calcium antacid	109
c-nate dha	83	calcium carb, citrate, malate	109
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	108	calcium carb, citrate-vit d3	109
CABENUVA	80	calcium carb,cit,mal-magnesium	109
cabergoline	40	calcium carb-d3-mag cmb11-zinc	109
CABOMETYX	69	calcium carb-d3-mag ox-zinc ox	109
CAL MAG ZINC PLUS D3	108	calcium carb-mag ox-zinc gluc	109
cal-citrate	108	calcium carb-mag ox-zinc sulf	109
cal-gest antacid	108	calcium carbonate	109
calaclear	108	calcium carbonate-simethicone	109
calagesic	108	calcium carbonate-vit d3-min	109
calahist	108	calcium carbonate-vitamin d3	109, 110
calahist clear	108	calcium chloride	83, 84
calahist with pramoxine	108	calcium cit-mag aspart,oxid-d3	110
calamine clear	108	calcium citrate	110
calamine medicated	108	calcium citrate + d	110
calamine plus (pramox-calamin)	108	calcium citrate malate-vit d3	110
calc carb-mag ox-d3-zinc gluc	108	calcium citrate plus	110
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan	108	calcium citrate plus (vit b6)	110

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

calcium citrate-vitamin d3	110	candesartan	20
calcium for women	110	candesartan-hydrochlorothiazid	20
calcium gluconate	84, 110	CAPLYTA	77
calcium lactate	110	CAPRELSA	69
calcium magnesium plus d	110	CAPRON DM	111
calcium no.38-d3-mag-boron	110	captopril	20
calcium phos-d3-magnesium-zinc	110	captopril-hydrochlorothiazide	20
calcium phosphate	110	carbamazepine	61
calcium phosphate-vitamin d3	110	carbidopa	18
calcium plus menaq7 adult	110	carbidopa-levodopa	18, 19
calcium plus menaq7 senior	110	carbidopa-levodopa-entacapone	19
calcium with boron	110	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	50
calcium with vitamin d	110	carglumic acid	84
calcium-d3-zinc-copper-mangan	110	carteolol	47
calcium-folic acid-vitamin d	110	cartia xt	20
calcium-magnesium	110	CARTIVISC	111
calcium-magnesium-copper-zinc	110	carvedilol	20
calcium-magnesium-vit d3-boron	111	caspara sagrada	111
calcium-magnesium-zinc	111	caspofungin	66
calcium-vitamin d3-vitamin k	111	castor oil	111
caldyphen	111	CAYSTON	92
caldyphen clear	111	cefaclor	56
caldyphen clear(pram-cmphr-zn)	111	cefadroxil	56
CALICYLIC	111	cefazolin	56
callus remover	111	cefazolin in dextrose (iso-os)	56
callus removers	111	cefdinir	57
CALPHRON	111	cefepime	57
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	69	cefepime in dextrose 5 %	57
CALTRATE WITH VITAMIN D3	111	cefepime in dextrose,iso-osm	57
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS	111	cefixime	57
camila	33	cefotetan	57
camrese	33	cefoxitin	57
camrese lo	33	cefoxitin in dextrose, iso-osm	57

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

cefepodoxime	57	century men 50 plus	112
cefprozil	57	century women	112
ceftaroline fosamil	57	century women 50 plus	112
ceftazidime	57	cenvite	112
ceftriaxone	57	cephalexin	57
ceftriaxone in dextrose,iso-os	57	CEQUR SIMPLICITY	50
cefuroxime axetil	57	CEQUR SIMPLICITY INSERTER	50
cefuroxime sodium	57	cerave psoriasis	112
celebrate b-12 quick-melt	111	CEREFOLIN	112
celecoxib	52	CEREFOLIN BRAIN WELLNESS	112
central-vite	111	CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL)	112
central-vite women's mature	111	CEROVITE SENIOR	112
centratex	111	certa plus	112
centravites 50 plus	111	certavite senior	112
centravites adults	111	certavite-antioxidant	112
centrum	111	cetaphil eczema restoraderm	112
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	111	cetiri-d	112
centrum adult 50 plus	111	cetirizine	92, 112
centrum complete	111	cetirizine-pseudoephedrine	112
CENTRUM MEN	111	chateal eq (28)	33
centrum multigummies men	111	CHEMET	84
centrum multigummies women	111	CHEST CONGESTION RELIEF	112
centrum silver	111	chest congestion relief dm	112
CENTRUM SILVER MEN	111	chest congestion relief pe	112
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S	111	chest congestion-cough hbp	112
centrum specialist heart	112	chest congestion-cough relief	112
CENTRUM ULTRA MEN'S	112	chest-sinus congestion relief	112
centrum women	112	chewable iron	112
century	112	child allergy plus congestion	112
century adult formula	112	child allergy relf(cetirizine)	113
century adults 50 plus	112	child allergy relief (diphen)	113
century mature	112	child benadryl plus congestion	113
century men	112	child chest congestion-cough	113

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

child chewable vitamn complete	113	children's aller-tec	114
child cold-cough day-night	113	children's allergy (diphenhyd)	114
child complete multivitamin	113	children's allergy relief(fex)	114
child cough and sore throat	113	children's allergy relief(lor)	114
child cough-chest congest dm	113	children's allergy(cetirizine)	114
child cough-cold (bromphen-dm)	113	children's antacid	114
child delsym cough-chest dm	113	children's aspirin	114
CHILD DELSYM COUGH-COLD	113	CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY	114
child dimetapp cough-allergy	113	children's benadryl allergy	114
child dometuss-da	113	children's cetirizine	114
child fever reducer-pain relvr	113	children's chest congestion	114
child giltuss allergy plus(dm)	113	children's chew multivitamin	114
CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH	113	children's chewable complete	114
CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT	113	children's chewable multivitmn	114
child mucus relief cough	113	children's chewables	114
child mucus relief expectorant	113	children's chewables extra c	114
child multi-symptom cold-fever	113	CHILDREN'S CLARITIN	114
child multivitamin plus iron	113	children's cold and cough (pe)	114
child pain rel-fever reducer	113	children's cold and cough dm	114
child plus cough and runny nose	113	children's cold-allergy (pe)	114
child probiotic digest-immune	113	children's cold-cough daytime	114
child wal-tap cold-allergy	113	children's cold-cough-sore	114
child's all day allergy(cetir)	113	children's cough	114
child's fiber select gummies	113	children's cough-cold relief	114
child's mucus relief m-s cold	113	children's dibromm cold-allerg	114
child's omega-3 dha multivitam	113	children's dibromm dm cold-cou	114
children dimetapp m-s cold-flu	113	CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH	115
children multivitamin	113	children's easy-melts	115
children night time cold-cough	113	children's fever reducing	115
children's acetaminophen	113, 114	CHILDREN'S FLONASE ALLERGY RLF	115
CHILDREN'S ADVIL	114	children's flu relief	115
CHILDREN'S ALAWAY	114	children's giltuss cough-chest	115
CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY	114	children's ibuprofen	115

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

children's loratadine	115	childrens plus cold	116
children's m-s cold day-night	115	childrens plus multi-symp cold	116
children's mapap	115	childs triacting cold-cough	116
CHILDREN'S MOTRIN	115	chld robitussin cough-chest dm	116
children's motrin jr strength	115	chld robitussin night cough dm	116
children's mucinex cough.....	115	chlorhexidine gluconate	28
children's multi-symptom cold	115	chloroquine phosphate	77
children's multi-vit gummies	115	chlorpheniramine maleate	116
children's multivit (w lutein)	115	chlorpromazine	77
CHILDREN'S MULTIVITAMIN	115	chlortabs	116
children's multivitamin gummy.....	115	chlorthalidone	20
children's multivitamin-immune	115	chocolate laxative	116
children's non-aspirin.....	115	cholecalciferol (vitamin d3)	116, 117
children's pain relief	115	cholestyramine (with sugar)	20
children's pain reliever	115	cholestyramine light	20
children's pain-fever relief	115	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	39
children's pepto	115	ciclodan	66
children's plus flu	115	ciclopirox	66
children's probiotic	115	cidatine (glucosamine)	117
children's profen ib	115	cidofovir	80
children's soothe	115	cilostazol	88
children's stuffy nose-cold	116	CIMDUO	80
children's sudafed pe cough	116	cimetidine	30, 117
children's tylenol	116	cimetidine hcl	30
CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU	116	cinacalcet	25
children's wal-dryl allergy	116	ciprofloxacin hcl	47, 57
children's wal-fex	116	ciprofloxacin in 5 % dextrose	57
children's wal-zyr	116	citalopram	64
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	116	citracal + d maximum	117
childrens chewable probiotic	116	citracal regular	117
childrens fiber gummy bear	116	CITRACAL-D3 GUMMIES	117
CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD	116	CITRACAL-D3 PETITES	117
childrens giltuss ex	116	CITRACAL-D3 SLOW RELEASE	117

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

citrate of magnesia	117	clinere ear wax removal	118
CITROMA	117	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	84
citrucel	117	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	84
claravis	28	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	84
clarispray	117	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	84
clarithromycin	57	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	84
CLARITIN	117	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	84
CLARITIN REDITABS	117	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	84
CLARITIN-D 12 HOUR	117	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	84
claritin-d 24 hour	117	CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	84
clear anti-itch	117	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	84
clear away	117	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	84
clear fiber	117	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	84
clearasil daily clear(benzoyl)	117	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	84
clearasil rapid rescue (salic)	117	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	84
clearasil stubborn acne	117	CLINISOL SF 15 %	84
clearasil ultra	117	CLINOLIPID	84
CLEARBLUE DIGITAL OVULATION	117	clobazam	61
CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST	118	clobetasol	29
CLEARBLUE EASY OVULATION	118	clobetasol-emollient	29
CLEARBLUE EASY OVULATION TEST	118	clomipramine	64
CLEARBLUE FERTILITY MONITOR	118	clonazepam	55
CLEARBLUE FERTILITY STICKS	118	clonidine	20
CLEARBLUE PREGNANCY TEST	118	clonidine hcl	20
clearcanal earwax softener	118	clopidogrel	88
clearlax	118	clorazepate dipotassium	55
clindamycin hcl	57	clotrimazole	66, 118
clindamycin in 0.9 % sod chlor	58	clotrimazole 3 day	118
clindamycin in 5 % dextrose	58	clotrimazole af	118
clindamycin palmitate hcl	58	clotrimazole-3	118
clindamycin pediatric	58	clotrimazole-7	118
clindamycin phosphate	28, 58	clotrimazole-betamethasone	66
clindamycin-benzoyl peroxide	29	clozapine	77, 78

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

COARTEM	77	cold-flu m-symptom day-night	119
COBENFY	50	cold-flu relief	119
COBENFY STARTER PACK	50	cold-flu-sore throat	119
cocoa butter petroleum	118	cold-sinus relief	119
cod liver oil	118	cold-sinus relief (ibuprofen)	119
codeine-guaifenesin	118	colestipol	20
coditussin ac	118	colistin (colistimethate na)	58
col-rite	118	COMBIGAN	47
cola (syrup)	118	COMBIPATCH	33
COLACE	118	COMBIVENT RESPIMAT	93
COLACE 2-IN-1	118	COMETRIQ	69
colchicine	17	comfort gel	119
cold and cough elixir	118	comfort gel extra strength	119
cold and flu hbp	118	complete	119
cold and flu relief plus (d/n)	118	complete allergy	119
cold and flu relief(diphen-pe)	118	complete allergy medicine	119
cold and flu severe	118	complete lice treatment	119
cold and sinus pain relief	118	complete multivitamin-mineral	119
cold head congest(gg-pe-acetm)	118	complete mv adult 50 plus	119
cold head congestion day/nite	118	complete natal dha	84
cold head congestion daytime	118	completenate	119
cold head congestion nighttime	118	complex b-100	119
cold head congestion sever day	118	compound w	119
cold max day-night	119	compound w dual power 2-in-1	119
cold max daytime	119	compound w gel kit	119
cold multi-symptom	119	compro	66
cold multi-symptom (chlorphen)	119	condrolite	119
cold multi-symptom day/night	119	conex	119
cold multi-symptom nighttime	119	conex pediatric	120
cold relief	119	congest-eze pe	120
cold relief m/s day/night	119	congestion relief (ibuprof-pe)	120
cold relief plus	119	conjugated estrogens	33
cold-cough sinus relief pe	119	constulose	30

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

contac cold-flu day	120	cough-sore throat night	120
contac cold-flu night	120	creamy acne face	121
COPIKTRA	69	CREON	94
coral calcium	120	CRESEMBA	66
coricidin hbp chest cong-cough	120	critic-aid clear af(miconazol)	121
coricidin hbp cold and flu	120	cromolyn	47, 93
coricidin hbp cold-multi sympt	120	cryselle (28)	33
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD	120	curad petroleum jelly	121
corn remover	120	curae	121
corn-callus remover	120	CURITY ALCOHOL SWABS	50
cortisone (hydrocortisone)	120	CURITY GAUZE	50
cortisone cooling	120	cyanocobalamin (vitamin b-12)	121
cortisone with aloe	120	cyanocobalamin-cobamamide	121
cortizone-10	120	cyanocobalamin-methylcobalamin	121
cortizone-10 feminine itch	120	cyclobenzaprine	92
cortizone-10 with aloe	120	cyclophosphamide	69
corvita	120	cyclosporine	42, 47
corvita 150	120	cyclosporine modified	43
CORVITE	120	CYRAMZA	69
cosamin ds	120	cyred	33
COSENTYX	42	cyred eq	33
COSENTYX (2 SYRINGES)	42	CYSTAGON	94
COSENTYX PEN	42	CYSTARAN	47
COSENTYX PEN (2 PENS)	42		
COSENTYX UNOREADY PEN	42	D	
COTELLIC	69	d-vi-sol	121
cough and cold (chlorphen-dm)	120	d10 %-0.45 % sodium chloride	84
cough and cold mucus relief cf	120	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	84
cough and severe cold	120	d3 dots	121
cough syrup	120	d3-2000	121
cough syrup dm	120	d3-5000	121
cough-chest congestion dm	120	d5 % and 0.9 % sodium chloride	84
cough-cold relief hbp	120	d5 %-0.45 % sodium chloride	84
		dabigatran etexilate	88

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

daily acne wash	121	darunavir	80
daily face wash	121	DARZALEX	69
daily fiber	121	DARZALEX FASPRO	69
daily fiber (psyllium-aspart)	121	dasatinib	69
daily fiber (psyllium-sucrose)	121	dasetta 1/35 (28)	33
daily gummies	121	dasetta 7/7/7 (28)	33
daily multi-vitamin	121	DAURISMO	69
daily multiple for women	121	day multi-symp flu-severe cold	122
daily multivitamin	122	day-cold night-cold-flu(doxyl)	122
daily multivitamin with iron	122	day-night severe cold-flu	122
daily multivitamin-minerals	122	day-nite severe cold-flu	122
daily probiotic	122	dayhist allergy	122
daily probiotic (b.infantis)	122	daylogic acne foaming wash	122
daily value	122	daylogic acne treatment	122
daily vitamin formula	122	daylogic advanced healing	122
daily vitamin formula-iron	122	daysee	34
daily vitamin formula-minerals	122	daytime cold and cough	122
DAILY VITAMIN WITH IRON	122	daytime cold-flu	122
DAILY VITES/IRON	122	daytime cold-flu relief (pe)	122
DAILY-VITE	122	daytime max cold-flu	122
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID)	122	daytime-cold nighttime-cld-flu	122
danazol	33	daytime-nighttime	122
dandruff shampoo (pyrithione)	122	daytime-nighttime cold-flu	123
dandruff shampoo (selen-aloe)	122	daytime-nighttime cough	123
dandruff shampoo (selenium)	122	ddrops	123
dandruff shampoo/conditioner	122	deblitane	34
DANYELZA	69	DEBROX	123
DANZITEN	69	debrox kids	123
dapagliflozin propanediol	89	debrox swimmer's ear	123
dapsone	68	decara	123
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	43	decitabine	69
daptomycin	58	deferasirox	84
daptomycin in 0.9 % sod chlor	58	dekas essential	123

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

DELSTRIGO	80	desog-e.estradiol/e.estradiol	34
delsym cough-chest congest dm	123	desonide	29
DELSYM COUGH-SORE THROAT	123	despec dm-g	124
delta d3	123	despec eda cough-cold drops	124
DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN)	123	despec-dm (phenyleph-dm-guaif)	124
DENG VAXIA (PF)	43	despec-dm (pseudoeph-dm-guaif)	124
DEPLIN (ALGAL OIL)	123	desvenlafaxine succinate	64
deplin fc	123	dexamethasone	39
DEPO-ESTRADIOL	34	dexamethasone intensol	39
DEPO-SUBQ PROVERA 104	34	dexamethasone sodium phos (pf)	39
DERMACEA	50	dexamethasone sodium phosphate	39, 47
dermacinrx atrix	123	dexbrompheniramine-phenylep-dm	124
dermacinrx lacterol	123	dexchlorphen-pse-chlophedianol	124
dermacinrx probinate	123	dexifol	124
dermacinrx probisol	123	dexmethylphenidate	27
dermacinrx probitran	123	dextroamphetamine sulfate	27
dermacinrx probitrol	123	dextroamphetamine-amphetamine	27
dermacinrx promerol	123	dextromethorphan-guaifenesin	124
dermafungal	123	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	84
DERMAPHOR	123	dextrose 10 % in water (d10w)	84
dermarest eczema (hydrocort)	123	dextrose 20 % in water (d20w)	85
dermarest psoriasis medicated	123	dextrose 25 % in water (d25w)	85
dermazinc	123	dextrose 30 % in water (d30w)	85
dermazinc shampoo	123	dextrose 40 % in water (d40w)	85
DERMAZINC SPRAY	123	dextrose 5 % in water (d5w)	85
DESCOVY	80	dextrose 5 %-lactated ringers	85
desenex	123	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	85
DESGEN	123	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	85
desgen dm	123	dextrose 50 % in water (d50w)	85
desgen dm (pseudoephedrine)	123	dextrose 70 % in water (d70w)	85
desipramine	64	dhs sal	124
desloratadine	93	DHS ZINC	124
desmopressin	39	diabetes health formula	124

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

diabetic multivitamin	124	DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE)	124
diabetic tussin dm	124	dimetapp cold-congestion	125
DIACOMIT	61	DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE)	125
dialyvite 800	124	dimethyl fumarate	27
dialyvite vitamin d	124	diotame	125
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	124	diphedryl	125
diamode	124	diphedryl allergy	125
diaper balm	124	diphen	125
diaper rash	124	diphenhydramine hcl	93, 125
diarrhea relief (bismuth subs)	124	diphenoxylate-atropine	30
diazepam	55, 61	disulfiram	26
diazepam intensol	55	divalproex	61
diazoxide	89	dm max	125
diclofenac potassium	52	DOAN'S EXTRA STRENGTH	125
diclofenac sodium	29, 47, 53, 124	docosanol	125
dicloxacillin	58	docuprene	125
dicyclomine	30	docusate calcium	125
didanosine	80	docusate sodium	125
diethylpropion	178	docuzen	125
DIFFERIN	124	dodex	125
DIFICID	58	dofetilide	21
digestive probiotic	124	dok	125
digestive relief	124	dolishale	34
DIGITAL PREGNANCY TEST	124	DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN)	125
digitek	20	DOLOGESIC-DF	125
digoxin	20	dometuss g	125
dihydroergotamine	18	dometuss-dmx	125
DILANTIN	61	dometuss-nr	125
dilt-xr	20	dona	125
diltiazem hcl	20	donepezil	17
dimaphen dm	124	dorzolamide	47
dimenhydrinate	124	dorzolamide-timolol	47
		dorzolamide-timolol (pf)	47

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

dotti	34	DUAVEE	34
double antibiotic (b.tracrn zn)	125	DULCOLAX (BISACODYL)	126
double antibiotic-pain relief	125	dulcolax (magnesium hydroxide)	126
DOVATO	81	dulcolax stool softener (dss)	126
doxazosin	21	duloxetine	27
doxepin	55	duofilm	126
doxercalciferol	25	DUPIXENT PEN	43
doxy-100	58	DUPIXENT SYRINGE	43
doxycycline hyclate	58	duragel callus removers	126
doxycycline monohydrate	58	DUREX AIR CONDOM	126
dr manzanilla cough-cold	125	DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	126
dr scholl's clear away	125	DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM	126
DR. SMITH'S DIAPER	125	DUREX TROPICAL CONDOM	126
DRAMAMINE	125	dutasteride	32
dramamine (meclizine)	126	dutasteride-tamsulosin	32
dramamine less drowsy	126	E	
driminate	126	e-200	126
dripdrop	126	ear drops (carbamide peroxide)	126
DRISDOL	126	ear drops for swimmers	126
DRISTAN COLD	126	ear dry	126
DRIZALMA SPRINKLE	27	ear wax removal drops	126
dronabinol	66	ear wax removal kit	126
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50	ear wax removal system	126
DROPLET INSULIN SYRINGE	50	EARLY PREGNANCY TEST	126
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	51	EARLY RESULT PREGNANCY TEST	126
DROPLET PEN NEEDLE	51	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	51
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	51	easy fiber	126
DROPSAFE PEN NEEDLE	51	easy fiber (wheat dextrin)	126
drospirenone-ethinyl estradiol	34	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	51
DROXIA	51	eazze the pain	126
dual action complete	126	econtra ez	126
dual action freeze away wart	126	econtra one-step	126
dual action pain reliever	126	ECOTRIN	126

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ecotrin low strength	126	ELMIRON	32
eczema	127	elon dual defense	127
eczema care	127	eluryng	34
eczema relief	127	EMCYT	69
ed a-hist	127	EMERGEN-C	127
ed a-hist dm	127	EMERGEN-C IMMUNE PLUS	127
ed bron gp	127	emetrol	127
ed chlorped jr	127	emetrol chewable	127
ed-apap	127	EMGALITY PEN	18
EDURANT	81	EMGALITY SYRINGE	18
EDURANT PED	81	EMPLICITI	69
efavirenz	81	EMSAM	64
efavirenz-emtricitabin-tenofov	81	emtricitita-rilpivirine-tenofov df	81
efavirenz-lamivu-tenofov disop	81	emtricitabine	81
effacla (salicylic acid)	127	emtricitabine-tenofov (tdf)	81
effacla adapalene	127	EMTRIVA	81
efferves pain relief antacid	127	emzahn	34
electrolyte-148	85	enalapril maleate	21
electrolyte-48 in d5w	85	enalapril-hydrochlorothiazide	21
electrolyte-a	85	ENBREL	43
electrolytes-dextrose	127	ENBREL MINI	43
ELELYSO	94	ENBREL SURECLICK	43
eletriptan	18	endacof - dm	127
elfolate	127	endit (zinc oxide)	127
elfolate plus	127	ENDOCET	53
ELIGARD	40	ENDOMETRIN	34
ELIGARD (3 MONTH)	40	endur-b complex	127
ELIGARD (4 MONTH)	41	endur-c with rose hips	127
ELIGARD (6 MONTH)	41	enema	127
elinst	34	enema disposable	127
ELIQUIS	88	ENEMEEZ	127
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	88	ENFAMIL ENFALYTE	127
ELIQUIS SPRINKLE	88	ENGERIX-B (PF)	43

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	43	esomeprazole magnesium	30
enilloring	34	essence c	128
enoxaparin	88	essentia	128
enpresse	34	estarylla	34
ENSACOVE	69	estradiol	34
enskyce	34	estradiol valerate	34
entacapone	19	estradiol-norethindrone acet	34
entecavir	81	ESTRING	34
ENTEX T	127	eszopiclone	49
ENTRESTO SPRINKLE	21	ethambutol	68
enulose	30	ethosuximide	61
ENVARUSUS XR	43	ethynodiol diac-eth estradiol	34
EPCLUSA	81	etodolac	53
EPIDIOLEX	61	etonogestrel-ethinyl estradiol	34
epinephrine	93	etravirine	81
epitol	61	eucerin baby eczema relief	128
EPRONTIA	61	eucerin eczema relief	128
epsom salt (laxative)	127	EULEXIN	70
equalactin	127	evac-u-gen (sennosides)	128
ERBITUX	70	everolimus (antineoplastic)	70
ergocalciferol (vitamin d2)	127, 128	everolimus (immunosuppressive)	43
ergotamine-caffeine	18	EVOTAZ	81
ERIVEDGE	70	EXCEDRIN EXTRA STRENGTH	128
ERLEADA	70	EXCEDRIN MIGRAINE	128
erlotinib	70	exemestane	70
errin	34	EXKIVITY	70
ertapenem	58	expectorant	128
ERYTHROCIN	58	expectorant cough syrup	128
erythromycin	47, 58	expectorant dm	128
erythromycin lactobionate	58	extra pain relief	128
erythromycin with ethanol	29	extra strength bayer	128
escitalopram oxalate	64	extraprin	128
eslicarbazepine	61	EXXUA	64

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

eye allergy itch relief	128	FC2 FEMALE CONDOM	129
eye allergy itch-redness rlf	128	fe c	129
eye allergy relief	128	fe c plus	129
eye drops (tetrahydrozoline)	128	fe-vite	129
eye drops (with povidone)	128	febuxostat	17
eye drops a.c.	128	feirza	34
eye drops advanced relief	128	felbamate	61
eye drops irritation relief	128	felodipine	21
eye drops moisturizing relief	128	FEMLYV	34
eye drops relief	128	fenesin dm ir	129
eye drops(tetrahydroz-zn sulf)	128	fenesin ir	129
eye drops(tetrahydrozolin-peg)	128	fenesin pe ir	129
eye health plus lutein	128	fenofibrate	21
EYE ITCH RELIEF	128	fenofibrate micronized	21
eye multivitamin	128	fenofibrate nanocrystallized	21
EYSUVIS	47	fenofibric acid	21
ezetimibe	21	fenofibril	53
ezetimibe-simvastatin	21	feosol	129
ezfe 200	128	FER-IN-SOL	129
F			
fa-8	128	ferate	129
falmina (28)	34	fergon	129
famciclovir	81	ferosul	129
famotidine	30, 31, 128	ferrex 150	129
famotidine (pf)	31	ferrex 150 forte	129
FANAPT	78	ferrex 150 forte plus	129
FANAPT TITRATION PACK A	78	ferrex 150 plus	129
FANAPT TITRATION PACK B	78	ferrex 28	129
FANAPT TITRATION PACK C	78	ferric glycinate	129
FANTASY CONDOM	129	ferric x-150	129
FARXIGA	89	ferro-sequels (iron-vit c)	129
FASENRA PEN	93	ferro-time	129
fast mucus relief severe cold	129	ferrocite	129
		ferrous fumarate	129

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ferrous gluconate	129	fiber-lax	130
ferrous sulfate	129	FIBER-STAT	130
fesoterodine	32	fiber-tabs	130
FETZIMA	64	FIBERCON	130
fever reducer	130	fiberex f15	130
FEVERALL	130	fidaxomicin	58
fexofenadine	130	finasteride	32
fexofenadine-pseudoephedrine	130	fingolimod	27
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	89	FINTEPLA	61
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	89	FIRMAGON	41
FIASP U-100 INSULIN	89	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	41
fiber (calcium polycarbophil)	130	first aid antibiotic	131
fiber (dextrin)	130	first aid antibiotic-pain rlf	131
fiber (psyllium husk)	130	FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST	131
fiber (psyllium husk-sugar)	130	flanax (naproxen)	131
fiber (with aspartame)	130	flavor chews antacid	131
fiber delights	130	flecainide	21
fiber gummies	130	fleet bisacodyl	131
fiber gummies (with b-complex)	130	fleet docusate	131
fiber gummies (with chromium)	130	FLEET ENEMA	131
fiber laxative (ca polycarbo)	130	fleet glycerin (adult)	131
fiber laxative (psyllium husk)	130	FLEET MINERAL OIL	131
fiber laxative(methylcellulos)	130	flevoxin	131
fiber select gummies	130	flexitol	131
fiber supplement (inulin)	130	flintstones multivitamin	131
fiber supplement(wheatdextrin)	130	flintstones/extra c	131
fiber therapy (ca polycarboph)	130	FLONASE ALLERGY RELIEF	131
fiber therapy (m-cellulose)	130	flonase headache-allergy rlf	131
fiber therapy (psyllium-sucro)	130	FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF	131
fiber therapy laxative (husk)	130	FLORANEX	131
fiber therapy(psyl seed-sugar)	130	FLORAVANCE	131
fiber with probiotic	130	floraxyl	131
fiber-caps (psyllium husk)	130	flu hbp	131

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

flu severe cold-night(diph-pe)	131	folic acid	132
flu-severe cold-cough daytime	131	folic acid-vit b6-vit b12	132
flu-severe cold-cough night	131	folic d3	132
fluconazole	67	folitab	132
fluconazole in nacl (iso-osm)	67	folivane-f	132
flucytosine	67	folivane-plus	132
fludrocortisone	39	folplex 2.2	132
flunisolide	93	foltabs 800	132
fluocinolone	29	foltanx	132
fluocinolone acetonide oil	17	foltanx rf	132
fluocinolone and shower cap	29	FOLTRATE	132
fluocinonide	29	FOLTIX	132
fluoride (sodium)	131	folvite-d	132
fluorometholone	47	foot and sneaker	132
fluorouracil	29, 70	formula 3	132
fluoxetine	64, 65	FORTEO	25
fluphenazine decanoate	78	fosamprenavir	81
fluphenazine hcl	78	fosfomycin tromethamine	58
flurbiprofen	53	fosinopril	21
flurbiprofen sodium	47	fosinopril-hydrochlorothiazide	21
fluticasone propion-salmeterol	93	fosphenytoin	61
fluticasone propionate	29, 93, 131	FOTIVDA	70
fluvastatin	21	fruit c	132
fluvoxamine	65	fruit c-500	132
foaming acne face wash	131	FRUZAQLA	70
foaming antacid	131	full spectrum b-vitamin c	132
FOLAFY ER	131	fungi-nail	132
folamax	131	fungi-nail (tolnaftate)	132
folapime	131	FUNGOID TINCTURE	132
folbee	131	furosemide	21
folbee plus	132	FUZEON	81
folbic	132	FYCOMPA	61
folbic rf	132		

G

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

g tussin ac	132	gencontuss	133
g-fenesin	132	generlac	31
g-fenesin dm	132	genicin	133
G-SUPRESS DX	132	genoravance	133
g-tron ped	132	gentamicin	47, 58
G-TUSICOF	132	gentamicin in nacl (iso-osm)	58
gabapentin	61	gentamicin sulfate (ped) (pf)	58
galantamine	17	gentian violet	133
gallifrey	34	gentle laxative (bisacodyl)	133
GAMUNEX-C	43	gentle laxative (mag hydrox)	133
GARDASIL 9 (PF)	43	gentlelax	133
gas relief (simethicone)	132	GENVOYA	81
gas relief 80 (simethicone)	132	geri-dryl	133
gas relief extra strength	133	geri-kot	133
gas relief ultra strength	133	geri-lanta	133
gas-x	133	geri-lanta supreme	133
gas-x extra strength	133	geri-mox antacid-antigas	133
gas-x ultra-strength	133	geri-tussin	133
gatifloxacin	47	geri-tussin dm	133
GAUZE BANDAGE	51	GILOTRIF	70
GAUZE PAD	51	giltuss allergy plus (dm)	133
gavilax	133	GILTUSS COUGH-COLD	133
gavilyte-c	31	giltuss cough-congestion	133
gavilyte-g	31	giltuss diabetic	133
gavilyte-n	31	giltuss ex	133
GAVISCON	133	giltuss hbp	133
GAVISCON EXTRA STRENGTH	133	glatiramer	27
GAVRETO	70	glatopa	27
GAZYVA	70	glenmax peb	133
gefitinib	70	glenmax peb dm	134
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS	133	glenmax peb dm forte	134
gemfibrozil	21	glentuss	134
GEMTESA	32	GLEOSTINE	70

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

glimepiride	89	glucosamine-d3-boswellia serr	135
glipizide	89	glucosamine-d3-hyaluronic acid	135
glipizide-metformin	89	glucosamine-fish oil	135
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min	134	glucosamine-msm-chondr-d3-bosw	135
glucos chond cplx advanced	134	glucosamine-msm-hyaluron acid	135
glucos-chond-msm (with antiox)	134	glutamine (sickle cell)	31
glucosam-chon-collag-hyalur ac	134	glycerin (adult)	135
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw	134	glycerin (child)	135
glucosam-chond-msm(with boron)	134	GLYCOPHOS	85
glucosam-chondr msm6-manganese	134	glycopyrrolate	31
glucosam-chondr-msm with vit d	134	GLYXAMBI	89
glucosam-chondr-vit c-mn-boron	134	GOMEKLI	70
glucosam-msm-chond-bosw-hyalur	134	goniotaire	135
glucosam-msm-chond-hrb149-hyal	134	goody's back and body pain	135
glucosam-msm-chondroit-vit d3	134	GORMEL	135
glucosamine	134	granisetron hcl	66
glucosamine chondroitin maxstr	134	griseofulvin microsize	67
glucosamine daily complex	134	griseofulvin ultramicrosize	67
glucosamine hcl	134	guaiasorb dm	135
glucosamine hcl-hyaluronic	134	guaifed (guaifenesin)	135
glucosamine hcl-msm-chondroitn	134	guaifed-dm	135
glucosamine sul-chondroitn-msm	134	guaifenesin	135
glucosamine sulfate	134	guaifenesin ac	135
glucosamine sulfate-msm	134	guaifenesin dac	135
glucosamine-chond-msm complex	134	guaifenesin-dm	135
glucosamine-chondr (msm-hyal)	134	guanfacine	21, 27
glucosamine-chondroit-vit c-mn	134	gummi bear multivitamin	135
glucosamine-chondroitin	134, 135	gummy dinos	135
glucosamine-chondroitin 3x	135	GYNE-LOTRIMIN	135
glucosamine-chondroitin complx	135	gyne-lotrimin 7	135
glucosamine-chondroitin ds	135	H	
glucosamine-chondroitin max st	135	HAEGARDA	43
glucosamine-chondroitin-uc ii	135	hailey	34

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

hailey 24 fe	35	HEMOCYTE-PLUS	136
hailey fe 1.5/30 (28)	35	hemorrhoid	136
hailey fe 1/20 (28)	35	hemorrhoidal	136
hair vitamins	135	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa)	136
hair, skin and nails (biotin)	135	hemorrhoidal (witch hazel)	136
hair,skin and nails	135	hemorrhoidal cooling	136
hair,skin and nails(fa-biotin)	136	hemorrhoidal cream	136
halls defense	136	hemorrhoidal h	136
haloette	35	hemorrhoidal hygiene	136
haloperidol	78	hemorrhoidal relief	136
haloperidol decanoate	78	hemorrhoidal(pe-min oil-petro)	136
haloperidol lactate	78	heparin (porcine)	88
HARD NAILS	136	heparin, porcine (pf)	88
HAVRIX (PF)	43	HEPLISAV-B (PF)	43
head congestion day-night	136	her style	136
head congestion-flu severe pe	136	herbiomed allergy cold-sinus	137
head congestion-mucus	136	herbiomed severe cold-flu m-s	137
headache pm	136	HERNEXEOS	70
headache relief (asa-acet-caf)	136	hi-cal plus vit d	137
headache relief pm	136	HIBERIX (PF)	43
healthy eyes	136	high potency iron	137
healthy eyes supervision	136	high potency multivit (w-iron)	137
healthylax	136	high potency multivitamin	137
heartburn antacid	136	HISTEX PD	137
heartburn prevention	136	histex pe	137
heartburn relief	136	HISTEX-DM (PE)	137
heartburn relief (cimetidine)	136	home lice-bedbug-dust mite spr	137
heartburn relief (famotidine)	136	HUMIRA	43
heather	35	HUMIRA PEN	43
hematinic plus vit/minerals	136	HUMIRA(CF)	43
hematinic/folic acid	136	HUMIRA(CF) PEN	43
hematogen fa	136	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	43
hematogen forte	136	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	44

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	44	IBRANCE	70
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	90	IBTROZI	70
HYCODAN (WITH HOMATROPINE)	137	ibu	53
hydralazine	21	ibu-200	137
hydralyte	137	ibuprofen	53, 137, 138
hydrating electrolyte	137	ibuprofen cold-sinus(with pse)	138
hydrochlorothiazide	21	ibuprofen ib	138
hydrocodone-acetaminophen	53	ibuprofen jr strength	138
hydrocodone-chlorpheniramine	137	ibuprofen pm	138
hydrocodone-ibuprofen	53	ibuprofen-acetaminophen	138
hydrocortisone	26, 29, 137	ICAR	138
hydrocortisone acetate	137	ICAR-C	138
hydrocortisone butyrate	29	ICAR-C PLUS	138
hydrocortisone plus	137	icatibant	44
hydrocortisone-acetic acid	17	iclevia	35
hydrocortisone-aloe vera	137	ICLUSIG	70
hydrocream	137	IDHIFA	70
hydrolatum	137	iferex 150	138
hydromet	137	iferex 150 forte	138
hydromorphone	53	igualtuss	138
HYDROPHILIC PETROLATUM	137	ILEVRO	47
HYDROPHOR	137	imatinib	70
hydroxocobalamin	137	IMBRUVICA	71
hydroxychloroquine	77	IMCIVREE	178
hydroxyurea	70	IMFINZI	71
hydroxyzine hcl	55	imipenem-cilastatin	59
hydroxyzine pamoate	93	imipramine hcl	65
hylavite	137	imiquimod	29
HYRNUO	70	IMJUDO	71
		IMKELDI	71
		IMODIUM A-D	138
i-prin	137	IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF	138
I-VITE	137	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	44
ibandronate	25		

I

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

IMPAVIDO	77	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	51
incassia	35	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	51
INCONTROL ALCOHOL PADS	51	INTEGRA F	139
INCRELEX	39	INTEGRA PLUS	139
indapamide	21	INTELENCE	81
indomethacin	53	intestinex	139
INFANRIX (DTAP) (PF)	44	INTRALIPID	85
infant fever reducer-pain relf	138	introvale	35
infant pain reliever	138	INVEGA HAFYERA	78
infant's acetaminophen	138	INVEGA SUSTENNA	78
INFANT'S ADVIL	138	INVEGA TRINZA	78
infant's ibuprofen	138	invigoflex d	139
INFANT'S MOTRIN	138	inzo antifungal	139
INFANT'S TYLENOL	138	IONOSOL-MB IN D5W	85
infant-toddler multivit	138	IPOL	44
infant-toddler multivit-iron	138	ipratropium bromide	93
infant-toddler multivitamin	138	ipratropium-albuterol	93
infants gas relief	138	irbesartan	21
infants profenib	138	irbesartan-hydrochlorothiazide	21
infants simethicone	138	iron	139
infants' mylicon	138	iron (ferrous sulfate)	139
infants' pain and fever	138	iron 100 plus	139
infants' pain relief	138	iron bisglycinate chelate	139
INFUVITE ADULT	139	iron chews	139
INFUVITE PEDIATRIC	139	iron folate plus	139
INLEXZO	71	iron folate-f	139
INLURIYO	71	iron,carbonyl-vitamin c	139
INLYTA	71	is-d-10,000	139
INQOVI	71	ISENTRESS	81
INREBIC	71	ISENTRESS HD	81
INSULIN ASPART U-100	90	isibloom	35
INSULIN LISPRO	90	ISOLYTE S PH 7.4	85
INSULIN SYRINGE MICROFINE	51	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	85

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ISOLYTE-S	85	JENTADUETO XR	90
isoniazid	68	jock itch	139
isosorbide dinitrate	21	jock itch (clotrimazole)	139
isosorbide mononitrate	22	jock itch (terbinafine)	139
isosorbide-hydralazine	22	jr. strength pain reliever	139
isotretinoin	29	juleber	35
itch relief	139	julie	139
itch relief (clotrimazole)	139	JULUCA	81
itch relief (diphenhydramine)	139	junel 1.5/30 (21)	35
itch relief (hc)	139	junel 1/20 (21)	35
itch relief (hc) with aloe	139	junel fe 1.5/30 (28)	35
itch relief (pramoxine-zinc)	139	junel fe 1/20 (28)	35
itch stopping(diphenhydramine)	139	junel fe 24	35
ITOVEBI	71	JYLAMVO	44
itraconazole	67	JYNARQUE	85
IV PREP WIPES	51	JYNNEOS (PF)	44
ivabradine	22	K	
ivermectin	77, 139	k-pax immune support	139
IWILFIN	71	k-pec antidiarrheal (bism sub)	139
IXIARO (PF)	44	k2 plus d3	139
J		KABIVEN	85
jaimiess	35	KALETRA	81
JAKAFI	71	kalliga	35
jantoven	88	KANJINTI	71
JANUMET	90	KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY)	139
JANUMET XR	90	kaopectate ex str (bismuth ss)	139
JANUVIA	90	kariva (28)	35
JARDIANCE	90	kelnor 1/35 (28)	35
jasmiel (28)	35	kelnor 1/50 (28)	35
JAYPIRCA	71	kelp-lecithin-b6	140
JEMPERLI	71	KERENDIA	22
jencycla	35	KESIMPTA PEN	27
JENTADUETO	90	ketoconazole	67

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ketorolac	47, 53	KONSYL DAILY FIBER (STEVIA)	140
ketotifen fumarate	140	KONSYL SUGAR-FREE	140
keyfolic	140	KOSELUGO	71
KEYTRUDA	71	KRAZATI	72
KEYTRUDA QLEX	71	kurvelo (28)	35
kids multivitamin complete	140	L	
kids vitamin d3	140	l norgest/e.estradiol-e.estrad	35
kids' gummy	140	l-methyl-mc	140
KIMONO LUBRICATED CONDOMS	140	l-methylfolate forte	140
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	140	l. acidophilus-b. coagulans	140
KIMONO MICROTHIN CONDOMS	140	l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm	140
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	140	l.acidophilus-bifido.longum	140
KIMONO TEXTURED CONDOMS	140	labetalol	22
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	140	lacosamide	62
kinderlyte	140	lactated ringers	85
kindermed infants pain-fever	140	lactobac acidoph-fructooligos	140
kindermed kid night cold-cough	140	lactobacillus acidoph-l. bifid	140
kindermed kids cough-congest	140	lactobacillus acidoph-l.bulgar	140
kindermed kids pain-fever	140	lactobacillus acidophilus	140
KINRIX (PF)	44	lactulose	31
kionex	85	LAMISIL AT	141
KISQALI	71	lamivudine	81
KISQALI FEMARA CO-PACK	71	lamivudine-zidovudine	82
klayesta	67	lamotrigine	62
KLOR-CON 10	85	LAMPIT	77
KLOR-CON 8	85	lanreotide	41
klor-con m10	85	lansoprazole	31
KLOR-CON M15	85	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	90
klor-con m20	85	LANTUS U-100 INSULIN	90
KLOXXADO	26	lapatinib	72
kobee	140	larin 1.5/30 (21)	35
KOMZIFTI	71	larin 1/20 (21)	35
konsyl (sugar)	140	larin 24 fe	35

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

larin fe 1.5/30 (28)	35	levoleucovorin calcium	72
larin fe 1/20 (28)	35	levomefol-b6-meb12-algal oil	141
latanoprost	47	levomefolate calcium	141
lax stool softener with senna	141	levomefolate-algal oil	141
laxa basic	141	levonest (28)	35
laxacin	141	levonorg-eth estrad triphasic	35
laxaclear	141	levonorgestrel	141
laxative (bisacodyl)	141	levonorgestrel-ethinyl estrad	35, 36
laxative (sennosides)	141	levora-28	36
laxative peg 3350	141	levothyroxine	40
laxative pills	141	LEVOXYL	40
laxative pills regular	141	LIBERVANT	62
LAZCLUZE	72	LIBTAYO	72
leena 28	35	lice bedding spray	141
leflunomide	44	lice complete kit 1-2-3	141
lenalidomide	72	lice killing	141
LENVIMA	72	lice killing (permethrin)	141
lessina	35	lice pyrinyl shampoo	141
letrozole	72	lice solution	141
leucovorin calcium	72	lice treatment	141
LEUKERAN	72	lice treatment (permethrin)	141
leuprolide	41	lice-bedbug-mite bedding	141
leuprolide acetate (3 month)	41	lidocaine	54, 141
levabuterol tartrate	93	lidocaine hcl	54
levetiracetam	62	lidocaine viscous	54
levetiracetam in nacl (iso-os)	62	lidocaine-epinephrine	55
LEVO-T	40	lidocaine-prilocaine	55
levobunolol	47	lidoguard	141
levocarnitine	85	linagliptin-metformin	90
levocarnitine (with sugar)	85	linezolid	59
levocetirizine	93, 141	linezolid in dextrose 5%	59
levofloxacin	59	linezolid-0.9% sodium chloride	59
levofloxacin in d5w	59	lintera	141

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

LINZESS	31	LOKELMA	86
liomny	40	lomustine	72
liothyronine	40	long acting nasal decong (pse)	142
LIP TREATMENT	141	LONSURF	72
liquibid d-r	141	loperamide	31, 142
liquid antacid	141	loperamide-simethicone	142
liquid b-12	141	lopinavir-ritonavir	82
liquid c	141	LOQTORZI	72
liquid calcium with vitamin d	141	loradamed	142
liquid corn and callus remover	142	lorata-d	142
liquituss gg	142	lorata-dine d	142
liraglutide (weight loss)	178	loratadine	142
lisinopril	22	loratadine-d	142
lisinopril-hydrochlorothiazide	22	lorazepam	55
lithium carbonate	48	lorazepam intensol	55
lithium citrate	48	LORBRENA	72
LITTLE ANIMALS	142	loryna (28)	36
little animals-iron	142	losartan	22
little remedies fever and pain	142	losartan-hydrochlorothiazide	22
little remedies gas relief	142	LOTEMAX SM	47
little tummys gas relief	142	loteprednol etabonate	47
LIVTENCITY	82	lotrimin af	142
lmefol ca-acetyl-meb12-algal	142	LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE)	142
LMX 5	142	lotrimin af jock itch powder	142
lo-zumandimine (28)	36	lotrimin af powder	142
LOCOID LIPOCREAM	29	LOTRIMIN ULTRA	142
LOESTRIN 1.5/30 (21)	36	lovastatin	22
LOESTRIN 1/20 (21)	36	low-ogestrel (28)	36
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	36	loxapine succinate	78
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	36	lubiprostone	31
lohist - d	142	lubricant redness reliever	142
lohist-dm	142	ludent fluoride	142
lojaimiess	36	luizza	36

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

LUMAKRAS	72	magnesium amino acid chelate	143
LUMIFY	142	magnesium chloride	143
LUMIGAN	47	magnesium citrate	143
lumitene	142	magnesium citrate,mag oxide	143
LUPRON DEPOT	41	magnesium citrate-lemon balm	143
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	41	magnesium gluconate	143
lurasidone	78	magnesium glycinate	143
lurbipr	53	magnesium hydroxide	143
lutera (28)	36	magnesium l-lactate	143
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	41	magnesium oxide	143
LYBALVI	78	magnesium sulfate	86, 143
lycopene	142	magnesium sulfate in d5w	86
lyleq	36	magnesium sulfate in water	86
lyllana	36	magnesium, potassium aspartate	143
LYNPARZA	72	MAGOX	143
lysiplex plus	142	MAGTAB	143
LYSODREN	72	malathion	30
LYTGOBI	72	mapap (acetaminophen)	143
lyza	36	mapap cold formula	144
		maraviroc	82
		MARGENZA	72
		marlissa (28)	36
		MARPLAN	65
		MATULANE	72
		maxallergy kids	144
		maxi-tuss ac	144
		maxi-tuss g	144
		maxi-tuss gmx	144
		maxi-tuss jr	144
		maxi-tuss pe	144
		maxi-tuss pe jr	144
		maxi-tuss pe max	144
		maxi-tuss tr	144

M

m-dryl	143
M-M-R II (PF)	44
m-natal plus	86
m-pap	143
MAALOX ADVANCED	143
maalox maximum strength	143
MAG 64	143
mag-al plus	143
mag-al plus extra strength	143
mag-delay	143
mag-g	143
magnesium	143
magnesium (oxide/aa chelate)	143

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

maximum strength cold-flu	144	men's daily formula	145
maxrelief junior	144	men's daily gummies	145
maxtussin	144	men's multivitamin	145
maxtussin dm	144	men's multivitamin gummies	145
me-thfolate glucos-mecobalamin	144	men's one daily	145
meclizine	66, 144	men's pack	145
mecobalamin (vitamin b12)	144	MENEST	36
medi-meclizine	144	MENQUADFI (PF)	44
MEDI-PADS	144	menstrual complete	145
medi-seltzer	144	menstrual pain relief	145
medicated pads	144	menstrual relief	145
medicated wipes	144	menstrual relief(pamabr-pyrid)	145
medicaidin-d	144	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	44
mediplast corn-callus-wart	144	mercaptopurine	73
mediproxen	144	MERIBIN	145
medroxyprogesterone	36	meropenem	59
mefloquine	77	meropenem-0.9% sodium chloride	59
mega biotin	144	mesalamine	26
mega multi for women	144	mesna	73
mega multiple/chelated mineral	144	META APPETITE CTRL (ASPARTAME)	145
MEGA MULTIVITAMIN FOR MEN	144	metafolbic	145
megestrol	36	metafolbic plus	145
MEKINIST	72	metafolbic plus rf	145
MEKTOVI	73	METAMUCIL	145
meleya	36	metamucil (sugar)	145
meloxicam	53	metamucil (with sugar)	145
melphalan	73	METAMUCIL FREE (WITH SUGAR)	145
memantine	17	METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	145
men 50 plus advanced one daily	144	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	145
men 50 plus multivitamin	145	metamucil sunrise	145
men under 50 multivitamin	145	METANX (ALGAL OIL)	145
men's 50 plus daily formula	145	metformin	90
men's 50 plus multivitamin	145	methadone	53, 54

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

methadone intensol	54	miconazole-3 prefil,cream,wipe	146
methazolamide	47	miconazole-7	146
methenamine hippurate	59	miconazole-skin clnsr17	146
methimazole	41	miconazorb af	146
methocarbamol	92	micotrin ac	146
methotrexate sodium	44	micotrin al	146
methotrexate sodium (pf)	44	micotrin ap	146
methsuximide	62	micro-guard	146
methyl dopa	22	microflor 33	146
methyl dopa-hydrochlorothiazide	22	microgestin 1.5/30 (21)	36
methylphenidate hcl	27	microgestin 1/20 (21)	36
methylprednisolone	39	microgestin fe 1.5/30 (28)	36
methylprednisolone acetate	39	microgestin fe 1/20 (28)	36
methylprednisolone sodium succ	39	midodrine	22
methyltetrahydrofolate glucos	145	midol complete	146
metoclopramide hcl	66	MIDOL MAX ST MENSTRUAL	146
metolazone	22	midol pm	146
metoprolol succinate	22	mifepristone	51
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22	migraine formula	146
metoprolol tartrate	22	migraine relief	146
metronidazole	59	mili	36
metronidazole in nacl (iso-os)	59	milk of magnesia	146
metyrosine	22	milk of magnesia concentrated	146
mg217 psoriasis (coal tar)	145	milltrium senior	146
mgo	145	mimvey	36
micafungin	67	mineral oil	146
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	67	mineral oil extra heavy	146
micatin	145	mineral oil heavy	146
miclara dm	145	mini enema	146
miclara lq	145	mini multivitamins-iron	146
micomitin	145	minocycline	59
miconazole nitrate	146	minoxidil	22
miconazole-3	67, 146	mintox maximum strength	146

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

mintox plus	147	move it along	147
MIRALAX	147	moxifloxacin	47, 59
MIRENA	51	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	59
mirtazapine	65	MRESVIA (PF)	44
misoprostol	31	mtx support	147
mitomycin	73	mucin sf	147
mix-in laxative	147	MUCINEX	147
modafinil	49	MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT	147
MODEYSO	73	mucinex cough-chest congest hb	147
moexipril	22	MUCINEX D	147
moi-stir	147	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH	147
molindone	79	MUCINEX DM	147
mometasone	30, 93	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU	147
mondoxyne nl	59	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	147
monistat 1 (tioconazole)	147	mucinex fast-max cong-ha (dm)	147
monistat 3	147	mucinex fast-max dm max	147
MONISTAT 7	147	mucinex fast-max kick cong-cgh	148
monistat care (hydrocortisone)	147	mucinex fast-max sv cong-cough	148
mono-lynyah	36	mucinex sinus-max cng-pain(dm)	148
montelukast	93	MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	148
more-dophilus	147	mucinex sinus-max pressure-cgh	148
morphine	54	mucinex sinus-max sev congestn	148
morphine concentrate	54	mucosa	148
motion sickness	147	mucosa dm	148
motion sickness (meclizine)	147	mucus d	148
motion sickness relief	147	mucus dm	148
motion sickness relief(mecliz)	147	mucus dm max er	148
motion-time	147	mucus relief	148
motrin dual action w-tylenol	147	mucus relief cold and sinus	148
motrin ib	147	mucus relief cold-flu-sore thr	148
motrin pm	147	mucus relief congestion-cough	148
MOUNJARO	90	mucus relief d (pseudoephed)	148
MOVANTIK	31	mucus relief dm	148

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

mucus relief dm cough	148	multivit,calc,min-fa-k1-lycop	149
mucus relief dm max	148	multivit-fluoride (metafolin)	149
mucus relief er	148	multivit-min-ferrous fumarate	149
mucus relief er dm-max	148	multivit-min-ferrous gluconate	149
mucus relief pe	148	multivit-min-folic acid-lutein	149
mucus relief sev congest-cold	148	multivit-min-iron fum-folic ac	149
mucus relief severe cold	148	multivitamin	149
mucus relief sinuspressur-pain	148	multivitamin 50 plus	149
mucus rlf severe sinus congest	148	multivitamin with iron	149
MUCUS-CHEST CONGESTION	148	multivitamin with minerals	149
mucus-er max	148	multivitamin women 50 plus	149
MULTAQ	22	mupirocin	30
multi antibiotic plus	148	MURINE EAR	149
multi complete with iron	148	murine ear wax removal system	149
multi vitamin	148	muro 128	149
MULTI-DAY PLUS MINERALS	148	MVASI	73
multi-day with iron	148	my choice	149
multi-purpose ointment	149	my way	150
multi-symptom cold (pe)	149	my-vitalife	150
multi-symptom relief eye	149	myco nail a	150
multi-symptom severe cold-nt	149	mycophenolate mofetil	44
multi-vit with fluoride-iron	149	mycophenolate mofetil (hcl)	44
multi-vitamin hp/minerals	149	mycophenolate sodium	44
multi-vitamin with fluoride	149	mycozyl ac	150
multi-vite	149	mycozyl al	150
multigen	149	mycozyl ap	150
multigen folic	149	myferon 150	150
multigen plus	149	myferon 150 forte	150
multihealth fiber	149	mylanta gas	150
multihealth fiber (sugar)	149	mylanta maximum strength	150
multiple vitamin-minerals	149	mynephrocaps	150
multiple vitamins	149	mynephron	150
multivit with min-folic acid	149	myo-tone	150

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

MYRBETRIQ	32	nebivolol	22
N			
nabumetone	54	necon 0.5/35 (28)	37
nadolol	22	nefazodone	65
nafcillin	59	neo-vital rx	86
nafcillin in dextrose iso-osm	59	neomycin	59
naloxone	26, 150	neomycin-bacitracin-poly-hc	47
naltrexone	26	neomycin-bacitracin-polymyxin	47
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	51	neomycin-polymyxin b-dexameth	48
NANO PEN NEEDLE	51	neomycin-polymyxin-gramicidin	48
naproxen	54	neomycin-polymyxin-hc	17, 48
naproxen sodium	54, 150	NEONATAL COMPLETE	86
naramin	150	NEONATAL PLUS VITAMIN	86
naratriptan	18	NEONATAL-DHA	86
NARCAN	150	neosporin (neo-bac-polym)	150, 151
nasal decongestant (pe)	150	neosporin plus burn relief	151
nasal decongestant (pseudoeph)	150	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	151
NATACYN	47	NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR	151
NATAZIA	37	nephro vitamins	151
nateglinide	90	NEPHRO-VITE	151
natura-lax	150	NERLYNX	73
natural daily fiber	150	NEURIN-SL	151
natural fiber laxative	150	NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH	151
natural fiber laxative (sugar)	150	NEUTROGENA T/SAL	151
natural fiber laxative(aspart)	150	nevirapine	82
natural fiber supplement	150	new day	151
natural oatmeal bath treatment	150	NEXAFED	151
natural senna laxative	150	NEXLETOL	22
natural veg laxative(sennosid)	150	NEXLIZET	22
nausea control	150	NEXPLANON	37
nausea relief	150	niacin	23
NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA	150	niacor	23
NAYZILAM	62	NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM)	151
		nicotinamide (with chromium)	151

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

NICOTROL NS	26	nizatidine	31
nifedipine	23	nizoral psoriasis	151
night time cold and flu relief	151	noble formula	151, 152
night time pain medicine	151	noble formula hc	152
nighttime allergy relief	151	nohist-dm	152
nighttime cold-flu	151	nohist-lq	152
nighttime cold-flu relief	151	non-aspirin	152
nighttime cough	151	non-aspirin extra strength	152
nikki (28)	37	non-aspirin pain relief	152
nilotinib d-tartrate	73	non-aspirin pm	152
nilotinib hcl	73	NORA-BE	37
nilutamide	73	norelgestromin-ethin.estradiol	37
nimodipine	23	noreth-ethinyl estradiol-iron	37
ninjacof-xg	151	norethindrone (contraceptive)	37
NINLARO	73	norethindrone ac-eth estradiol	37
nitazoxanide	77	norethindrone acetate	37
nite time cold-flu	151	norethindrone-e.estradiol-iron	37
nite time cold-flu relief	151	norgestimate-ethinyl estradiol	37
nite time cold-flu relief (pe)	151	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	86
nite time cough	151	NORMOSOL-R	86
nite time-d cold-flu relief	151	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	86
nite-time cold-flu	151	NORMOSOL-R PH 7.4	86
nitetime multi-symptom	151	nortemp	152
nitisinone	94	nortrel 0.5/35 (28)	37
nitrofurantoin macrocrystal	59	nortrel 1/35 (21)	37
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	59	nortrel 1/35 (28)	37
nitroglycerin	23, 51	nortrel 7/7/7 (28)	37
niva-fol	151	nortriptyline	65
niva-plus	151	NORVIR	82
nivanex dmx	151	norwegian cod liver oil	152
NIVESTYM	88	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	90
NIX CREME RINSE	151	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	90
NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION	151	NOVOLIN N FLEXPEN	90

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	90	odor control foot-sneaker	152
NOVOLIN R FLEXPEN	90	OFEV	93
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	90	ofloxacin	17, 48, 59
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	90	OGSIVEO	73
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	91	OJEMDA	73
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	91	OJJAARA	73
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	91	olanzapine	79
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	91	olmesartan	23
NOVOPEN ECHO	51	olmesartan-amlodipin-hcthiazyd	23
np thyroid	40	olmesartan-hydrochlorothiazide	23
NU-IRON	152	olopatadine	152
NUBEQA	73	omega-3 acid ethyl esters	23
NUCALA	93	omeprazole	31
NUEDEXTA	27	omnicap	152
numbcream	152	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	51
NUPERCAINAL	152	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	51
NUPLAZID	79	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	51
nusyllium	152	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	51
NUTRILIPID	86	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51
nyamyc	67	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51
nylia 1/35 (28)	37	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51
nylia 7/7/7 (28)	37	OMNIPOD GO PODS	51
nystatin	67	OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	51
nystatin-triamcinolone	67	OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	51
nystop	67	OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	51
0			
ocella	37	OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	52
octreotide acetate	41	OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	52
octreotide,microspheres	41	OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	52
ocutabs	152	OMNITROPE	39
ocuvite with lutein	152	oncovite	152
ODEFSEY	82	ondansetron	66
ODOMZO	73	ondansetron hcl	66
		ondansetron hcl (pf)	66

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

one daily	152	one-a-day women vitacraves	153
one daily energy	152	one-a-day women's 50 plus	153
one daily essential	152	ONE-A-DAY WOMENS FORMULA	153
one daily for men	152	onelax bisacodyl	153
one daily for men 50 plus adv	152	onelax docusate sodium	153
one daily for women	152	onelax fiber (with sucrose)	153
one daily healthy weight	152	onelax magnesium citrate	153
one daily maximum	152	onelax senna	153
one daily men's 50 plus memory	152	onevite calcium-d3	153
one daily men's 50 plus w-d3	152	onevite daily multivitamin	153
one daily men's health	152	ONUREG	73
one daily multivit-iron(folic)	153	opcicon one-step	153
one daily multivitamin	153	OPDIVO	73
one daily multivitamin women	153	OPDIVO QVANTIG	73
one daily plus iron	153	OPDUALAG	73
ONE DAILY PLUS MINERALS	153	OPIPZA	79
one daily prenatal	153	OPSUMIT	93
one daily women 50 plus	153	OPTIFLEX-G	153
one daily women 50 plus(vit k)	153	optimal d3	154
one daily women's	153	option-2	154
one daily women's health	153	OPVEE	26
one daily womens 50 plus	153	oral saline laxative	154
one natal rx	86	oralyte	154
ONE STEP OVULATION TEST	153	ORGOVYX	73
ONE STEP PREGNANCY TEST	153	orlistat	178
one-a-day cholesterol plus	153	orquidea	37
one-a-day essential	153	ORSERDU	73
one-a-day maximum formula	153	ortho df	154
ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	153	oseltamivir	82
one-a-day men's pro edge	153	OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN)	154
one-a-day teen advantage	153	OTULFI	44
ONE-A-DAY VITACRAVES	153	OVULATION TEST	154
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	153	oxacillin	59

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

oxacillin in dextrose(iso-osm)	59	paliperidone	79
oxcarbazepine	62	panoxyl	154
oxybutynin chloride	32	panoxyl (salicylic acid)	155
oxycodone	54	PANRETIN	73
oxycodone-acetaminophen	54	pantoprazole	31
oysco 500/d	154	pantoprazole in 0.9% sod chlor	31
oyster shell + d3	154	paricalcitol	25
oyster shell calcium	154	paroxetine hcl	65
oyster shell calcium 500	154	PATADAY ONCE DAILY RELIEF	155
oyster shell calcium and mag	154	PATADAY TWICE DAILY RELIEF	155
oyster shell calcium-vit d3	154	PAXLOVID	82
oystercal-d	154	pazopanib	73
OZEMPIC	91	PDG OVULATION CONFIRM TEST	155
P			
P AND S (SALICYLIC ACID)	154	pecgen dmx	155
p-col rite	154	pecgen pse	155
PACERONE	23	pedi multivit no.194-iron sulf	155
pain and sleep	154	pedia d-vite	155
pain relief (acetaminophen)	154	pedia iron	155
pain relief (aspirin-caffeine)	154	PEDIA POLY-VITE WITH IRON	155
pain relief (ibuprofen)	154	pedia tri-vite	155
pain relief adult	154	pedia-lax stool softener	155
pain relief cold and cough	154	PEDIACLEAR PD	155
pain relief es (acetaminophen)	154	PEDIALYTE	155
pain relief pm	154	PEDIALYTE ADVANCED CARE	155
pain relief pm (w-aspirin)	154	PEDIALYTE FREEZER POPS	155
pain relief pm rapid release	154	PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT	155
pain reliever (acetam-aspirin)	154	PEDIALYTE SINGLES	155
pain reliever (acetaminophen)	154	PEDIARIX (PF)	44
pain reliever es(acetaminophn)	154	pediatric d-vite	155
pain reliever plus	154	pediatric electrolyte	155
pain reliever pm ex-strength	154	pediatric enema	155
pain-off	154	pediatric freezer pops	155
		pediatric multivitamin no.171	155

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

pediatric tri-vite	155	PERSA-GEL	155
PEDVAX HIB (PF)	44	PETROLATUM, YELLOW (BULK)	156
peg 3350-electrolytes	31	PETROLEUM JELLY	156
peg-electrolyte soln	31	PETROLEUM JELLY, WHITE	156
PEGASYS	44	pharbechlor	156
PEMAZYRE	73	pharbedryl	156
PEN NEEDLE, DIABETIC	52	pharbetol	156
PENBRAYA (PF)	44	pharbinex-dm	156
penicillamine	86	PHAZYME	156
penicillin g pot in dextrose	59	phenazopyridine	156
penicillin g potassium	59	phendimetrazine tartrate	178
penicillin g sodium	59	phenelzine	65
penicillin v potassium	60	phenobarbital	62
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	44	phentermine	178
PENTACEL (PF)	44	phenylephrine hcl	156
pentamidine	77	phenylephrine-dm-guaifenesin	156
pentoxifylline	23	phenytoin	62
pep-t-med	155	phenytoin sodium	62
PEPCID AC	155	phenytoin sodium extended	62
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH	155	philith	37
PEPCID COMPLETE	155	phillips	156
PEPTO-BISMOL	155	PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	156
PEPTO-BISMOL MAX ST	155	phillips' liqui-gels	156
PEPTO-BISMOL TO-GO	155	PHOS-NAK	156
perampanel	62	phosphate laxative	156
percogesic backache relief	155	phosphorous supplement	156
percogesic extra strength	155	phytonadione (vitamin k1)	156
PERIKABIVEN	86	PIFELTRO	82
perindopril erbumine	23	pilocarpine hcl	28, 48
periogard	28	pimecrolimus	30
PERJETA	74	pimozide	79
permethrin	30	pimtrea (28)	37
perphenazine	79	pinaway	156

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

pink bismuth	156	POLYSPORIN	157
pink bismuth maximum strength	156	POLYUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMIN)	157
pinrid	156	pomalidomide	74
pinworm treatment	156	portia 28	37
pioglitazone	91	PORTRAZZA	74
pioglitazone-metformin	91	posaconazole	67
piperacillin-tazobactam	60	posture-d (with magnesium)	157
PIQRAY	74	potassium acetate	86
pirfenidone	93	potassium chlorid-d5-0.45%nacl	86
piroxicam	54	potassium chloride	86
PLAN B ONE-STEP	156	potassium chloride in 0.9%nacl	86
plantar wart remover	156	potassium chloride in 5 % dex	87
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	86	potassium chloride in lr-d5	87
PLASMA-LYTE A	86	potassium chloride in water	87
PLENAMINE	86	potassium chloride-0.45 % nacl	87
pm pain relief	156	potassium chloride-d5-0.2%nacl	87
pnv no.95-ferrous fumarate-fa	156	potassium chloride-d5-0.9%nacl	87
podofilox	30	potassium citrate	87, 157
poison ivy dual action	156	potassium gluconate	157
poison ivy treatment	156	potassium, sodium phosphates	157
polocaine	55	POTELIGEO	74
polocaine-mpf	55	powderlax	157
poly bacitracin (zinc)	156	pr natal 400	87
poly-iron	156	pr natal 400 ec	87
poly-iron 150 forte	157	pr natal 430	87
POLY-VI-SOL	157	pr natal 430 ec	87
poly-vita drops	157	pramipexole	19
poly-vita with iron	157	pramoxine	157
polycin	48	prasugrel hcl	88
polyethylene glycol 3350	157	pravastatin	23
polymyxin b sulf-trimethoprim	48	praziquantel	77
polymyxin b sulfate	60	prazosin	23
polysaccharide iron complex	157	pre-menstrual relief	157

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

PREBIOTIC FIBER	157	prenatal with dha-folic acid	158
prednisolone	39	PRENATE ELITE	87
prednisolone acetate	48	PREPARATION H	158
prednisolone sodium phosphate	39, 40, 48	preparation h (pe)	158
prednisone	40	preparation h (witch hazel)	158
prednisone intensol	40	preparation h hydrocortisone	158
pregabalin	27, 28	PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL)	158
PREGNANCY TEST	157	PREPARATION H(PE,CB)	158
PREMARIN	37	pres gen	158
PREMASOL 10 %	87	PRES GEN PEDIATRIC	158
PRENATA	87	PRESERVISION AREDS	158
PRENATABS FA	87	presgen b	158
prenatal	157	pressure and pain pe	158
prenatal + dha	157	pressure-pain pe plus cold	158
prenatal 19	157	pressure-pain pe plus mucus	158
prenatal complete	157	prevalite	23
prenatal formula	157	PREVYMIS	82
prenatal gummies	157	PREZCOBIX	82
prenatal gummies (dha-epa)	157	PREZISTA	82
prenatal gummies(zinc chelate)	157	PRIFTIN	68
prenatal multi	157	primaquine	77
prenatal multi-dha (algal oil)	157	primidar	158
prenatal multi-dha(with vit k)	158	primidone	63
prenatal multivitamins	158	PRIMSOL	60
prenatal one daily	158	PRIORIX (PF)	45
prenatal plus (calcium carb)	87	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	52
prenatal plus vitamin-mineral	87	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	52
prenatal tablet	158	probenecid	17
prenatal vit no.179-iron-folic	158	probenecid-colchicine	17
prenatal vit-iron fum-folic ac	158	probiotic	158
prenatal vitamin	158	probiotic acidophilus	158
prenatal vitamin plus low iron	158	probiotic acidophilus (4 strn)	158
prenatal vitamin with minerals	158	probiotic acidophilus beads	158

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

probiotic acidophilus-pectin	158	PROSOL 20 %	87
probiotic colon support	158	protective ointment	159
probiotic complex	158	protriptyline	65
probiotic digest supp (6-strn)	158	pseudoephedrine hcl	159
probiotic digest(lacto,bifido)	158	pseudoephedrine-guaifenesin	159
probiotic digestive system sup	159	psoriasis	159
probiotic pearls	159	psoriasis medicated	159
probiotic-digestive enzymes	159	psoriatar	159
probizen	159	psyllium husk	159
prochlorperazine	66	psyllium husk (with sugar)	159
prochlorperazine edisylate	66	PULMOZYME	93
prochlorperazine maleate	66	pure and gentle (mineral oil)	159
procto-med hc	30	pure and gentle (saline)	159
PROCTOFOAM	159	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	52
proctosol hc	30	purelax	159
proctozone-hc	30	purevit dualfe plus	159
profola	159	PURIXAN	74
progesterone	37	pyrazinamide	68
progesterone micronized	37	pyridostigmine bromide	18
PROGRAF	45	pyridoxine (vitamin b6)	159
PROLIA	25	pyrilamine-dextromethorphan	159
PROMACTA	88, 89	pyrimethamine	77
PROMELLA	159		
promethazine	66	Q	
promethazine vc-codeine	159	QINLOCK	74
promethazine-codeine	159	QUADRACEL (PF)	45
promethazine-dm	159	quetiapine	79
promolaxin	159	quinapril	23
propafenone	23	quinapril-hydrochlorothiazide	23
propranolol	23	quinidine sulfate	23
propranolol-hydrochlorothiazid	23	quinine sulfate	77
propylthiouracil	41	quintabs	159
PROQUAD (PF)	45	quintabs-m iron free	159
		QULIPTA	18

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

R

RABAVERT (PF)	45	renal vitamin	160
rabeprazole	31	renal-vite	160
RALDESY	65	renewal bath treatment	160
raloxifene	37	reno caps	160
ramelteon	49	repaglinide	91
ramipril	23	REPATHA PUSHTRONEX	24
ranolazine	23	REPATHA SURECLICK	24
rapid clear treatment pads	159	REPATHA SYRINGE	24
rasagiline	19	RESCON-GG	160
ready-to-use enema	160	RESPA-AR	160
ready-to-use enema (min oil)	160	RETACRIT	89
reclipsen (28)	37	retaine allergy	160
RECOMBIVAX HB (PF)	45	RETEVMO	74
rectasmoothe	160	RETROVIR	82
RECTICARE	160	REVCOVI	94
redness relief	160	REVEAL GET PREGNANT QUICK	160
redness reliever eye drops	160	REVEAL OVULATION PREDICTOR	160
redness reliever lubricant	160	REVEAL OVULATION TEST	160
reese's pinworm medicine	160	REVEAL PREGNANCY TEST	160
refenesen	160	REVUFORJ	74
refenesen dm	160	REXTOVY	26
refenesen pe	160	REXULTI	79
regener-eyes pro	160	REYATAZ	82
reguloid (aspartame)	160	REZDIFFRA	52
reguloid (psyllium husk)	160	REZLIDHIA	74
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)	160	RHOPRESSA	48
RELENZA DISKHALER	82	RIABNI	74
remedy antifungal	160	ribavirin	82
remedy phytoplex antifungal	160	riboflavin (vitamin b2)	160
rena-vite	160	rid lice killing	160
rena-vite rx	160	rifabutin	68
renal caps	160	rifampin	68
		rilpivirine hcl	82

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

riluzole	28	ROMVIMZA	74
rimantadine	82	rondec-d	161
ringer's	87	ropinirole	19
ringworm	161	ropivacaine (pf)	55
RINVOQ	45	rosuvastatin	24
RINVOQ LQ	45	ROTARIX	45
RISA-BID	161	ROTATEQ VACCINE	45
risacal-d	161	roweepra	63
risaquad-2	161	ROZLYTREK	74
risedronate	25	ru-hist d	161
RISPERDAL CONSTA	79	RUBRACA	74
risperidone	79	rufinamide	63
risperidone microspheres	79, 80	RUKOBIA	83
ritonavir	82	RUXIENCE	74
rivaroxaban	89	RYBELSUS	91
rivastigmine	17	RYBREVANT	74
rivastigmine tartrate	17	RYBREVANT FASPRO	74
rizatriptan	18	rycontuss	161
robafen cf (phenylephrine)	161	RYDAPT	74
robafen dm	161	rydex	161
robitussin cold-flu night (pe)	161	rynex dm	161
robitussin cough and cold cf	161	rynex pe	161
robitussin cough-chest cong dm	161	rynex pse	161
robitussin cough-sore throat	161		
robitussin honey cgh-flu-sore	161	S	
robitussin honey max dm	161	sacubitril-valsartan	24
robitussin long-acting	161	safe tussin dm	161
robitussin max 12h cough-mucus	161	SAFETUSSIN PM	161
robitussin nighttime cough dm	161	sajazir	45
robitussin sevr cough-cold-flu	161	SANDIMMUNE	45
ROCKLATAN	48	SANDOSTATIN LAR DEPOT	41
roflumilast	93	SANTYL	30
rompe pecho max multi symptoms	161	sapropterin	94
		SARCLISA	74

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

SAXENDA	178	senna plus	162
scalp relief	161	senna-s	162
scalp relief (hydrocortisone)	161	senna-time s	162
scalpicin anti-itch	161	sennosides	162
SCEMBLIX	74	sennosides-docusate sodium	162
scooby-doo one a day	161	SENOKOT	162
scopolamine base	66	SENOKOT-S	162
SCOT-TUSSIN DM	161	sentry	162
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	161	sentry senior	162
SCOT-TUSSIN SENIOR	161	sertraline	65
SCYTERA	161	setlakin	37
se-natal 19 chewable	87	severe allergy	162
se-tan plus	161	severe allergy-sinus headache	162
sebex	162	severe cold	162
SECUADO	80	severe cold and flu (pe)	162
secura antifungal extra thick	162	severe cold and flu nighttime	162
secura protective	162	severe cold and flu(day/night)	162
selegiline hcl	19	severe cold and flu-day (dm)	163
selenium sulfide	30	severe cold multi-symptom	163
selsun blue	162	severe cold pe	163
selsun blue (pyrithione zinc)	162	severe congestion relief	163
selsun blue (salicylic acid)	162	severe cough-congestion	163
selsun blue 2-in-1	162	severe sinus	163
selsun blue moisturizing	162	shake that ache	163
selsun blue naturals	162	sharobel	37
SELZENTRY	83	SHINGRIX (PF)	45
senexon-s	162	SIGNIFOR	41
senior tabs	162	sildenafil (pulm.hypertension)	93
senna	162	silodosin	32
senna lax	162	silver sulfadiazine	30
senna laxative	162	SIMBRINZA	48
senna leaf	162	simethicone	163
senna leaf extract	162	simliya (28)	37

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

simpesse	38	SMOFLIPID	87
simvastatin	24	smooth antacid	164
sinus 12 hour	163	smooth texture fiber	164
sinus and allergy pe	163	smoothlax	164
sinus and cold-d.....	163	sodium bicarbonate	87, 164
sinus congestion and pain	163	sodium chloride	52, 87, 164
sinus congestion-pain (ibu-pe)	163	sodium chloride 0.45 %	87
sinus congestion-pain(chlorph)	163	sodium chloride 0.9 %	87
sinus congestion-pain(guaif)	163	sodium chloride 3 % hypertonic	87
sinus daytime-nighttime	163	sodium chloride 5 % hypertonic	87
sinus decongestant (pe)	163	sodium oxybate	49
sinus headache pe	163	sodium phenylbutyrate	94
sinus pain-pressure (pe)	163	sodium phosphate	87
sinus pe decongestant	163	sodium polystyrene sulfonate	87
sinus pe pressure-pain-cold	163	sodium,potassium,mag sulfates	31
sinus pressure-cong relief pe	163	solarhist	164
sinus relief (non-drowsy)	163	solifenacin	32
sinus relief max str day-night	163	SOLQUA 100/33	91
sinus relief pressure and pain	163	SOLTAMOX	74
sinus-headache day-night	163	SOLU-MEDROL	40
sinutrol pe	163	SOLU-MEDROL (PF)	40
sirolimus	45	soluble fiber	164
SIRTURO	68	soluvita a,c,d with fluoride	164
skin protectant a and d	163	soluvita multivitamin fluoride	164
skin protectant a-d (pet, lan)	163	SOMAVERT	41
skin protectant petrolatum	163	soothe (bismuth subsalicylate)	164
skin success anti-acne	163	soothe and cool skin paste	164
skin treatment	163	soothe regular strength	164
skintegriti skin	164	soothing bath treatment	164
SKLICE	164	soothing pureway-c	164
SKYRIZI	45	sorafenib	74
slow release iron	164	sorbitol-mannitol	52
SLOW-MAG	164	sorbugen nr	164

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

sotalol	24	stool softener-laxative	165
sotalol af	24	stool softener-stimulant laxat	165
spectravite adult	164	stop lice	165
spectravite adult 50 plus	164	strawberry c	165
spectravite adult 50 plus(lut)	164	STRENSIQ	95
spectravite advanced formula	164	streptomycin	60
spectravite men 50 plus	164	stress b with zinc	165
spectravite men's	164	stress b-complex	165
spectravite women	164	STRESS FORMULA	165
spectravite women 50 plus	164	STRESS FORMULA WITH ZINC	165
SPIRIVA RESPIMAT	94	STRIBILD	83
SPIRIVA WITH HANDIHALER	94	STRIVERDI RESPIMAT	94
spironolacton-hydrochlorothiaz	24	SUBVENITE	63
spironolactone	24	subvenite starter (blue) kit	63
sprintec (28)	38	subvenite starter (green) kit	63
SPRITAM	63	subvenite starter (orange) kit	63
SPS (WITH SORBITOL)	87	sucrafate	31
sronyx	38	SUDAFED	165
SSD	30	SUDAFED 12 HOUR	165
st joseph aspirin	164	SUDAFED PE	165
st. joseph aspirin	164	SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU	165
stahist t	164	SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS	165
stavudine	83	sudafed pe head congestn-pain	165
STELARA	45	SUDAFED PE PRESSURE-PAIN	165
sterile eye drops	164	sudafed sinus 12hr pressr-pain	165
stimulant laxative plus	164	sudogest	165
STIOLTO RESPIMAT	94	sudogest 12-hour	165
STIVARGA	74	sudogest cold and allergy	165
stomach relief	165	SUFLAVE	31
stomach relief max strength	165	sulfacetamide sodium	48, 60
stomach relief original	165	sulfacetamide sodium (acne)	60
stool softener	165	sulfacetamide-prednisolone	48
stool softener (docusate cal)	165	sulfadiazine	60

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

TDVAX	45	thera-vite max-m	167
TECENTRIQ	75	THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY	167
TECENTRIQ HYBREZA	75	theraflu expressmax cold night	167
tecnu rash relief	166	theraflu expressmax sv cld-flu	167
teeny tummy infant gas relief	166	theraflu svr cld rlf dy(pe-dm)	167
TEFLARO	60	theraflu-d flu relief day	167
telmisartan	24	theragran-m premier 50 plus	167
telmisartan-amlodipine	24	theralogix companion	167
telmisartan-hydrochlorothiazid	24	therapeutic dandruff shampoo	167
temazepam	49	therapeutic t plus	167
TENIVAC (PF)	45	therapeutic-m	167
tenofovir disoproxil fumarate	83	theratrum complete 50 plus-lyc	167
tension headache	166	theratrum complete 50 plus/lut	167
tension headache pain reliever	166	theratrum complete with lutein	167
TEPMETKO	75	THEREMS MULTIVITAMIN	167
terazosin	24	thiamine hcl (vitamin b1)	167
terbinafine hcl	67, 166	thiamine mononitrate (vit b1)	167
terconazole	67	thioridazine	80
teriflunomide	28	thiothixene	80
testosterone	38	tiadylt er	24
testosterone cypionate	38	tiagabine	63
testosterone enanthate	38	TIBSOVO	75
tetrabenazine	28	ticagrelor	89
TEVIMBRA	75	TICOVAC	45
THALOMID	75	tigecycline	60
the magic bullet	166	tilia fe	38
theophylline	94	timolol	48
thera	166	timolol maleate	24, 48
thera antifungal	166	timolol maleate (pf)	48
thera tears sterilid	166	TINACTIN	167
thera-d	166	tinidazole	60
THERA-M	166	tioconazole	167
thera-tabs	167	tioconazole-1	167

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

TIVICAY	83	TRECTOR	68
TIVICAY PD	83	TRELEGY ELLIPTA	94
tizanidine	17	TRELSTAR	41
tm-daily vite	167	TREMFYA	45
tobramycin	48	TREMFYA ONE-PRESS	45
tobramycin in 0.225 % nacl	60	TREMFYA PEN	46
tobramycin sulfate	60	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	46
tobramycin-dexamethasone	48	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	91
toe area treatment antifungal	167	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	91
tolcylen	167	TRESIBA U-100 INSULIN	91
tolnafi-al	167	tretinoin	30
tolnaftate	167	tretinoin (antineoplastic)	75
tolterodine	32	tri-buffered aspirin	168
topiramate	63	tri-estarylla	38
toremifene	75	tri-legest fe	38
torpenz	75	tri-lynyah	38
torse mide	24	tri-lo-estarylla	38
total allergy medicine	167	tri-lo-marzia	38
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	91	tri-lo-mili	38
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	91	tri-lo-sprintec	38
TPN ELECTROLYTES	87	tri-mili	38
TRADJENTA	91	tri-sprintec (28)	38
tramadol	54	TRI-VI-SOL	168
trandolapril	24	tri-vitamin with fluoride	168
trandolapril-verapamil	24	tri-vite with fluoride	168
tranexamic acid	89	tri-vylibra	38
tranylcyromine	65	tri-vylibra lo	38
TRAVASOL 10 %	88	triacetin	168
travel sickness	167	triamcinolone acetonide	28, 40
travel-ease (meclizine)	168	triamterene	24
travoprost	48	triamterene-hydrochlorothiazid	24
TRAZIMERA	75	tricon	168
trazodone	65	triderm	40

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

trientine	88	TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM	168
trifluoperazine	80	TROJAN ULTRA THIN	168
trifluridine	48	TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL	168
trigels-f forte	168	TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS	168
trihexyphenidyl	19	TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS	168
TRIJARDY XR	91	TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS	168
TRIKAFTA	94	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS	169
trimazole	168	TRONVITE	169
trimethoprim	60	TROPHAMINE 10 %	88
trimipramine	65	trosipium	32
trinatal rx 1	88	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	52
TRINTELLIX	65	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	52
tripenicol s	168	TRUE COVER CONDOM	169
triphrocaps	168	true multivitamin	169
TRIPLE ANTIBIOTIC	168	truelyte advanced hydration	169
triple antibiotic plus	168	TRULICITY	91
triple antibiotic spray	168	TRUMENBA	46
triple antibiotic-pain relief	168	TRUQAP	75
triple magnesium complex	168	TRUSTEX LATEX CONDOM	169
triple paste	168	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	169
triple paste af	168	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	169
triprolidine hcl	168	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	169
TRISPEC DMX	168	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	169
TRISPEC PSE	168	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	169
tritolnacide s	168	tucks (witch hazel)	169
TRIUMEQ	83	TUKYSA	75
TRIUMEQ PD	83	tulana	38
trivora (28)	38	TUMS	169
TROGARZO	83	tums dual action (famotidine)	169
TROJAN BARESKIN	168	TUMS E-X	169
TROJAN EXTENDED PLEASURE	168	TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	169
TROJAN MAGNUM CONDOMS	168	TUMS FRESHERS	169
TROJAN PLEASURE PACK	168	tums ultra	169

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

tums-gas relief (calc-simeth)	169	TYLENOL	170
TURALIO	75	TYLENOL 8 HOUR	170
turqoz (28)	38	TYLENOL ARTHRITIS PAIN	170
tusicof	169	TYLENOL COLD AND FLU SEVERE	170
tusnel diabetic	169	TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR	170
tusnel dm	169	tylenol cold-flu multi-act day	170
tusnel dm pediatric(phenyleph)	169	TYLENOL EXTRA STRENGTH	170
TUSNEL NEW FORMULA	169	tylenol pm extra strength	170
TUSNEL PEDIATRIC	169	TYLENOL SINUS HEADACHE	170
tusnel-ex	169	TYLENOL SINUS SEVERE	170
tussi pres-b	169	TYMLOS	25
tussi-pres	169	TYPHIM VI	46
TUSSI-PRES PEDIATRIC	169	tyr cooler	170
tussin	169	U	
tussin cf (pe-dm-guaif)	169	UBRELVY	18
tussin cf cough-cold	169	UDENYCA	89
tussin cf max	169	UDENYCA AUTOINJECTOR	89
tussin cf max severe m-s cold	170	UDENYCA ONBODY	89
tussin chest congestion	170	ULTILET ALCOHOL SWAB	52
tussin cough-chest congestion	170	ultra a-d	170
tussin dm	170	ultra mide 25	170
tussin dm clear	170	ultra pesticide free lice	170
tussin dm cough and chest	170	ultra strength antacid	170
tussin dm day-night	170	ultra tuss safe	170
tussin dm max	170	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	52
tussin mucus-chest congestion	170	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	52
tussin nighttime cough dm	170	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	52
tusslin	170	UNITHROID	40
TUXARIN ER	170	UNITUXIN	75
TWINRIX (PF)	46	UPTRAVI	94
TYBOST	83	urea	170
TYENNE	46	UREACIN-10	171
TYENNE AUTOINJECTOR	46	UREACIN-20	171

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

urinary pain relief	171	VASELINE	171
uristat ultra	171	VAXCHORA VACCINE	46
uro-pain	171	vcf contraceptive gel	171
ursodiol	31, 32	VECTIBIX	75
USTEKINUMAB	46	vegetable lax-stool softener	171
V			
v-c forte	171	vegetable laxative	171
valacyclovir	83	velivet triphasic regimen (28)	38
VALCHLOR	75	VEMLIDY	83
valganciclovir	83	VENCLEXTA	75
valihist	171	VENCLEXTA STARTING PACK	75
valproate sodium	63	venlafaxine	65
valproic acid	63	VENTOLIN HFA	94
valproic acid (as sodium salt)	63	verapamil	25
valrubicin	75	VERQUOVO	25
valsartan	24	VERSACLOZ	80
valsartan-hydrochlorothiazide	24	verticalm	171
VALTOCO	63	VERZENIO	76
valtya	38	vestura (28)	38
VANACOF	171	vic-forte	171
VANACOF DM	171	vicks dayquil cold-flu relief	171
vancomycin	60	vicks dayquil severe cold-flu	171
vancomycin in 0.9 % sodium chl	60	VICKS NYQUIL COLD AND FLU	171
vancomycin in dextrose 5 %	60	vicks nyquil cold/flu liquicap	171
vancomycin-diluent combo no.1	60	VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF	171
VANFLYTA	75	vicks nyquil severe cold-flu	171
vanicream hc	171	vienva	38
vanicream z-bar	171	vigabatrin	63
vanquish	171	vigadrone	63
VAQTA (PF)	46	VIGAFYDE	63
varenicline tartrate	26	vigpoder	63
VARIVAX (PF)	46	vilazodone	65
VASCEPA	24, 25	VIMKUNYA	46
		viorele (28)	38

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

VIRACEPT	83	vitamin b complex-folic acid	172
VIREAD	83	vitamin b-1	172
virt-caps	171	vitamin b-1 (mononitrate)	172
visine	171	vitamin b-12	172
visine red eye hydrating cmfrt	171	vitamin b-2	173
vision	171	vitamin b-6	173
vision formula (with lutein)	171	vitamin b12-folic acid	173
vision formula(a-c-e-zn-se-cu)	171	vitamin c	173
vision plus lutein	171	vitamin c (ascorbate calcium)	173
vista gonio	171	vitamin c drops	173
vit 3	171	vitamin c fizzy drink	173
vit a palmitate-beta carotene	171	vitamin c powder blend	173
vit a palmitate-vit c-vit d3	172	vitamin c with rose hips	173
vit b comp-folic-choline-inosi	172	vitamin d2	173
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins)	172	vitamin d2-vitamin k1	173
vit c-echinacea purpurea xt	172	vitamin d3	173
vita-c	172	vitamin d3-vitamin k2	173
VITACEL (WITH LUTEIN)	172	vitamin e	173
vitafusion women's multi	172	vitamin e (dl, acetate)	173
vitajoy adult multi	172	vitamin e acetate	174
vitajoy biotin	172	vitamin e mixed	174
vitajoy daily c	172	vitamin e succinate	174
vitajoy daily d	172	vitamin k	174
vitalee	172	vitamin k2	174
vitalets	172	vitamin k2 (mk-4)	174
VITAMEDMD ONE RX	172	vitamins a,c,d and fluoride	174
vitamin a	172	vitamins a-d-e selenium	174
vitamin a acetate	172	vitamins b complex	174
vitamin a and d	172	vitasure	174
vitamin a and d diaper rash	172	VITRAKVI	76
vitamin a palmitate	172	VITRON-C	174
vitamin a palmitate-vitamin d2	172	vitrum 50 plus	174
vitamin b complex	172	vitrum senior	174

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

vits a and d-white pet-lanolin	174	wal-finatate-d	174
VIVITROL	26	wal-flu cold and sore throat	175
VIVOTIF	46	wal-flu day-night cold-cough	175
VIZIMPRO	76	wal-flu night severe cold	175
VOCABRIA	83	wal-flu night time	175
volnea (28)	38	wal-flu severe cold and cough	175
VONJO	76	wal-flu severe cold-cough	175
VORANIGO	76	wal-itin	175
voriconazole	67, 68	wal-itin d	175
voriconazole-hpbcid	68	wal-itin d 12 hour	175
VOSEVI	83	wal-mucil fiber	175
votrizal	174	wal-mucil fiber (aspartame)	175
VOWST	32	wal-mucil fiber (sugar)	175
VRAYLAR	80	wal-mucil natural fiber lax	175
vyfemla (28)	38	wal-mucil with calcium	175
vylibra	38	wal-nadol pm	175
VYLOY	76	wal-phed	175
VYVGART	18	wal-phed 12 hour	175
VYVGART HYTRULO	18	wal-phed d	175
VYZULTA	48	wal-phed pe	175
		wal-phed pe cold-cough	175
		wal-phed pe day-night	175
		wal-phed pe nighttime cold	175
		wal-phed pe pressure+pain+cold	175
		wal-phed pe severe cold	175
		wal-phed pe sinus and allergy	175
		wal-phed pe sinus headache	175
		wal-phed pe triple relief	175
		wal-profen	175
		wal-profen cold-sinus	175
		wal-profen d cold and sinus	175
		wal-proxen	175
		wal-sporin	175
wal-act d cold and allergy	174		
wal-dram	174		
wal-dram 2	174		
wal-dryl (diphenhydramine)	174		
wal-dryl (diphenhydramine-zn)	174		
wal-dryl allergy	174		
wal-dryl severe allergy-sinus	174		
wal-dryl-d allergy and sinus	174		
wal-fex allergy	174		
wal-fex d 12 hour	174		
wal-fex d 24 hour	174		
wal-finatate	174		

W

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

wal-tap	175	WINREVAIR	94
wal-tap dm	175	wixela inhub	94
wal-tussin	176	woman's laxative (bisacodyl)	176
wal-tussin cough and cold cf	176	women's 50 plus advanced	176
wal-tussin dm	176	women's 50 plus daily formula	176
wal-tussin dm clear	176	women's 50 plus multivitamin	176
wal-zyr (cetirizine)	176	women's daily formula	177
wal-zyr (ketotifen)	176	women's daily pack	177
wal-zyr d	176	women's gentle laxative(bisac)	177
walgreens dry skin treatment	176	women's laxative (bisacodyl)	177
warfarin	89	women's multivitamin	177
warrior a-relief rectal cream	176	WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN	177
wart remover	176	women's multivitamin gummies	177
WEBCOL	52	women's one daily	177
wee care	176	women's prenatal plus dha	177
weekly-d	176	womens daily gummies	177
WEGOVI	178	wymzya fe	39
WELIREG	95	X	
well lyte advanced hydration	176	x-seb t pearl	177
wellfola	176	XALKORI	76
wellpro-31	176	xaquil xr	177
wera (28)	39	xarah fe	39
wescaps	176	XARELTO	89
wesnatal dha complete	88	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	89
wesnate dha	88	XATMEP	46
westab max	176	xcellent a 3000	177
westab one	176	xcellent a 7500	177
westab plus	88	XCOPRI	63
westussin dm (dexchlorphenir)	176	XCOPRI MAINTENANCE PACK	64
westussin dm nf	176	XCOPRI TITRATION PACK	64
wheat germ oil	176	XDEMVI	52
white petrolatum	176	xelria fe	39
WHITE PETROLEUM JELLY	176	XERMELO	32

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

XGEVA	25	zeldana	177
XIFAXAN	32	ZEMAIRA	95
XIGDUO XR	91	zenatane	30
XOLAIR	46	zenoptiq gel	177
XOSPATA	76	zenoptiq spray	177
XPOVIO	76	ZENPEP	95
XTANDI	76	ZEPBOUND	178
xulane	39	ZEPBOUND KWIKPEN	178
xvite	177	zephrex-d	177
XYZAL	177	zidovudine	83
xyzbac	177	zinc oxide	177
		zinc with vitamins a and c	177
	Y	ziprasidone hcl	80
yelets	177	ziprasidone mesylate	80
YERVOY	76	ZIRABEV	76
YESINTEK	46	ZIRGAN	83
YF-VAX (PF)	46	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
yogurt plus calcium gummies	177	zoledronic acid	25
YONDELIS	76	zoledronic acid-mannitol-water	25
	Z	ZOLINZA	76
Z-BUM	177	zolpidem	49
zaditor	177	ZONISADE	64
zafemy	39	zonisamide	64
zafirlukast	94	ZORYVE	30
zaleplon	49	zovia 1-35 (28)	39
zantac-360 (famotidine)	177	ZTALMY	64
zarah	39	ZUBSOLV	26
ZARXIO	89	zumandimine (28)	39
zeasorb af	177	ZURNAI	26
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	92	ZURZUVAE	65
ZEGALOGUE SYRINGE	92	ZYDELIG	76
ZEJULA	76	ZYKADIA	76
ZELAC	177	zyncof	177
ZELBORAF	76		

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita.



Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaredruglist.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ZYNYZ	76
ZYPITAMAG	25
ZYPREXA	80
ZYPREXA RELPREVV	80
ZYRTEC	178
ZYRTEC-D	178
zyvit	178

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes 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 04/01/2026.

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):

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

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)。

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

हिन्दी [Hindi]: निःशुल्क 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).

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。

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

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

Mienh [lu Mien]: Wangv henh porv waac mv zuqc cingv, jaa-dorngx tengx, aengx caux mbenc maaih camv-nyungc sou-guv bun longc. Mborqv finx lorz taux 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।

This notice is available at <https://www.humana.com/legal/multi-language-support>.
CAHMR7BEN

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)**.

ภาษาไทย [Thai]: มีบริการภาษาฟรี ความช่วยเหลือเสริม และรูปแบบอื่นๆ โทร **877-320-1235 (TTY: 711)**

Українська [Ukrainian]: Доступні безкоштовні мовні послуги, додаткова допомога й послуги в альтернативному форматі. Зателефонуйте за номером **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)**.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 04/01/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-844-881-4482 (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**.

H2875-001, 003

Humana[®]

Humana[®]



Medicare and Medicaid Working Together

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Fully Integrated (HMO-POS D-SNP) (HMO D-SNP) al 1-844-881-4482 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-www.humana.com/medicaredruglist**. Este formulario se actualizó el 04/01/2026.