

2026

Guía de Medicamentos Recetados

Formulario Humana PathWays Dual Care

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

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

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP)

Formulario 26411 versión 11

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 05/05/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8:00 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite [es-\[www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite [es-\[www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). *La Guía de Medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales sobre algún medicamento cubierto por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?.....	13
	B17. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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	131

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



A. Descargos de responsabilidad

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

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) en línea en **es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy** 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 1-866-274-5888 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy o llámenos al número que figura al pie de página de este documento.

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

Sí, y Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y PathWays 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento.)
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



-
- Siempre puede consultar la *Guía de Medicamentos* actualizada de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) en línea en [es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Las actualizaciones de la *Guía de Medicamentos* se publican mensualmente en el sitio web.
 - También puede llamar a Servicios para afiliados al número que figura al pie de página de este documento para consultar la *Guía de Medicamentos* actual.
-

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

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

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

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

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre un medicamento.
- Eliminamos un medicamento de marca de la *Guía de Medicamentos* cuando añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado.
- Eliminamos un producto biológico original al agregar un biosimilar.
- Cambiamos las reglas o los límites de cobertura para el medicamento de marca.
- Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:
 - le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar el cambio en la *Guía de Medicamentos*, o

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



-
- le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite un resurtido.

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

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

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

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

- **Autorización previa** : Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que receta deben obtener autorización de Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) antes de surtir su medicamento recetado. La autorización previa es diferente de un referido. Es posible que Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene una autorización previa.
- **Límites de cantidad**: A veces, Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases**: A veces, Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) requiere que usted realice una terapia por fases. Esto significa que tendrá que probar medicamentos para su afección médica en un determinado orden. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si el profesional que receta considera que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales consultando las tablas de la **Sección C1**. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en es-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy. 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

B6. ¿Qué sucede si Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pídanos una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrela 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

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

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

Si cambian las condiciones de su tratamiento

Durante el año del plan, pueden cambiar las condiciones de su tratamiento debido a un cambio en el nivel de su cuidado médico. Por ejemplo, usted puede:

- Pasar de un hospital o centro de enfermería especializada a un ámbito hogareño.
- Pasar de un ámbito hogareño a un hospital o centro de enfermería especializada.
- Pasar de un centro de enfermería especializada a otro, por lo que se ve en la necesidad de utilizar una farmacia nueva.
- Dejar de estar en un centro de enfermería especializada donde la Parte A de Medicare cubre sus medicamentos recetados, por lo que debe utilizar la Parte D ahora.
- Desistir en su estatus de hospicio, por lo que debe utilizar las Partes A y B de Medicare ahora.
- Dejar un hospital psiquiátrico a largo plazo donde sus medicamentos se adaptaban según sus necesidades.

En estos casos, cubriremos hasta **31 días** de un medicamento que cubra la Parte D de Medicare cuando lo obtenga en una farmacia.

Si cambian las condiciones de su tratamiento más de una vez en el mismo mes, es posible que deba pedirnos que hagamos una excepción **o** aprobemos su medicamento por adelantado.

Analizaremos su solicitud para ver si usted tiene un plan de tratamiento **y** cambiarlo perjudicaría su salud.

Si necesita más tiempo

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

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

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

Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

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

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

Solicitar una excepción

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

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

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

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

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

Si decimos que no a su solicitud de excepción

Puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento para su problema de salud si:

- su medicamento **no** está en nuestra lista aprobada, **o**
- su medicamento **sí** está en nuestra lista, pero:
 - Debemos aprobar su medicamento por adelantado.
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso.
 - Hay límites en la cantidad que puede obtener.

Pregúntele a su médico si este medicamento es una buena opción para usted.

También puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Debe presentar esta apelación no más de **65 días** después de nuestra primera decisión.

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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-humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy)**.

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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite **[es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy)**.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) cubre algunos medicamentos OTC cuando su proveedor los escriba como recetas.

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

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

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

Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



B17. ¿Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).
Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays Dual Care (HMO-POS 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 PathWays.
- 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 PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy. Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION ^{MO}	4	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION ^{MO}	3	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM ^{MO}	2	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM ^{MO}	2	
AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES)		
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO}	3	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET ^{MO}	1	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET ^{MO}	1	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	1	
liomny 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET ^{MO}	3	
np thyroid 120 mg, 15 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{MO}	3	
AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)		
cabergoline 0.5 mg TABLET ^{MO}	3	
ELIGARD 7.5 MG (1 MONTH) SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (4 MONTH) 30 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
ELIGARD (6 MONTH) 45 MG SYRINGE ^{MO}	4	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.5 cada 28 días)
lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.2 cada 28 días)
lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.3 cada 28 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy. Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
KRAZATI 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>lapatinib 250 mg TABLET^{DL}</i>	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE^{DL}</i>	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
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)
<i>letrozole 2.5 mg TABLET^{MO}</i>	1	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	
sorafenib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{MO}	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSE 40 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	1	
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET ^{MO}	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
COARTEM 20-120 MG TABLET ^{MO}	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET ^{MO}	4	
mefloquine 250 mg TABLET ^{MO}	2	
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
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)
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)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	3	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	3	
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	2	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
emtricitabine-tenofovir 200-25-300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL}	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ribavirin 200 mg TABLET ^{MO}	3	
rilpivirine hcl 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
rimantadine 100 mg TABLET ^{MO}	3	
ritonavir 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnap/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnap/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET ^{MO}	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET ^{MO}	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE ^{MO}	1	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION ^{MO}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
klor-con 10 10 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
levocarnitine 330 mg TABLET ^{MO}	2	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION ^{MO}	1	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE ^{MO}	1	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK ^{MO}	1	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO}	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
penicillamine 250 mg TABLET ^{DL}	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID ^{MO}	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	3	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER ^{MO}	3	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK</i> ^{MO}	2	
<i>pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> ^{MO}	2	
<i>pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK</i> ^{MO}	2	
<i>pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> ^{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	
<i>prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	2	
<i>prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
<i>ringer's PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	1	
<i>se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET</i> ^{MO}	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
<i>sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE</i> ^{MO}	4	
<i>sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION</i> ^{MO}	2	
<i>sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	2	
<i>sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	2	
<i>sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK</i> ^{MO}	2	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> ^{MO}	2	
<i>sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	1	
<i>sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	1	
<i>sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION</i> ^{MO}	4	
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER</i> ^{MO}	3	
<i>sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION</i> ^{MO}	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION ^{MO}	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION ^{MO}	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
<i>trientine 250 mg CAPSULE</i> ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
<i>trientine 500 mg CAPSULE</i> ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
<i>trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET</i> ^{MO}	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
<i>wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK</i> ^{MO}	2	
<i>wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	4	
<i>westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	2	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	2	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(30.6 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	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 cough relief 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
24hour allergy 10 mg TABLET	*	
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
4-n-1 no rinse wash 1 % CREAM	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT	*	
A AND D DIAPER RASH CREAM 1-10 % CREAM	*	
abreva 10 % CREAM	*	
acerola c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acid controller 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid-pep 20 mg TABLET	*	
acidophilus CHEWABLE TABLET	*	
acidophilus-pectin, citrus 25 million cell -100 mg TABLET	*	
acne control(benzoyl peroxide) 10 % CLEANSER	*	
acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % GEL	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	*	
acne-clear 10 % GEL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTICAL CAPSULE	*	
adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
addaprin 200 mg TABLET	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
advanced exfoliating cleanser 5 % CLEANSER	*	
after pill 1.5 mg TABLET	*	
AFTERA 1.5 MG TABLET	*	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	*	
alavert 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
alavert d-12 allergy-sinus 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
aler-cap 25 mg CAPSULE	*	
aleve arthritis (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
ALIVE B-COMPLEX 120 MCG-45 MG- 75 MG CHEWABLE TABLET	*	
alka-seltzer heartburn chew 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
alka-seltzer plus allergy 25 mg TABLET	*	
alkums 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	*	
all day allergy-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
ALLEGRA ALLERGY 180 MG, 60 MG TABLET	*	
ALLEGRA HIVES 180 MG TABLET	*	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-ease 180 mg TABLET	*	
aller-fex 180 mg TABLET	*	
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.	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy 25 mg TABLET	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
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 d-12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
allergy medication 25 mg CAPSULE	*	
allergy medicine 25 mg TABLET	*	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	*	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	*	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
allergy relief d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief(chlorpheniramn) 4 mg TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	*	
allergy 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-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	*	
altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aminofen 325 mg TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid extst (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid liquid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid m 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 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 (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 (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch(hydrocortisone)-aloe 1 % CREAM	*	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	*	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
antifungal ringworm 1 % CREAM	*	
antifungal spray 1 % AEROSOL POWDER	*	
antiseptic 10 % SOLUTION	*	
antiseptic skin clnsr(chlorhe) 4 % LIQUID	*	
antitussive dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
aphen 325 mg TABLET	*	
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
arginine (l-arginine) POWDER	*	
arginine (l-arginine) 500 mg CAPSULE	*	
arginine (l-arginine) 500 mg POWDER IN PACKET	*	
arginine (l-arginine) 500 mg TABLET	*	
arginine hcl (l-arginine) 1,000 mg TABLET	*	
arginine hcl (l-arginine) 500 mg CAPSULE	*	
arthritis pain (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
arthritis pain relief(capsaic) 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
arthritis pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
artificial eye lubricant 83-15 % OINTMENT	*	
artificial tear(dxtrn-hpm-gly) 0.1-0.3-0.2 % DROPS	*	
artificial tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
artificial tears(dext70-hypro) 0.1-0.3 % DROPS	*	
artificial tears(pg-hypm-glyc) 1-0.2-0.2 % DROPS	*	
artificial tears(pvalch-povid) 0.5-0.6 % DROPS	*	
ascorbic acid (vitamin c) 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 250 mg, 500 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg TABLET, DR/EC	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml SOLUTION	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspercreme arthritis pain 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin childrens 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
athenol 325 mg TABLET	*	
athlete's foot 2 % POWDER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (terbinafine) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
athletic foot cream 1 % CREAM	*	
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTSN) 1 % CREAM	*	
AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
AYR SALINE 0.65 % DROPS	*	
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG TABLET	*	
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
b complex 100 100-2-100-2-2 mg/ml SOLUTION	*	
b-50 complex (with herbs) 400 mcg-0.05 mg -50 mcg TABLET	*	
b-complex TABLET	*	
b-sure 50 % PADS, MEDICATED	*	
BABY AYR SALINE 0.65 % 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	*	
BACTOSHIELD CHG 4 % LIQUID	*	
balance b-100 (folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
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-50 TABLET	*	
ban-acid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
BAND-AID PLUS ANTIBIOTIC 500-10,000 UNIT/GRAM BANDAGE	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET, DR/EC	*	
bayer low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
baza antifungal 2 % CREAM	*	
beauty 360 daily moisturizing 1.2 % LOTION	*	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	*	
benadryl allergy 25 mg TABLET	*	
BENEFIBER HEALTHY SHAPE 5 GRAM/7.4 GRAM POWDER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/3.8 GRAM, 3 GRAM/4 GRAM POWDER	*	
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN) 3 GRAM/4 GRAM POWDER IN PACKET	*	
benzonatate 100 mg, 200 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % CLEANSER	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % GEL	*	
best fiber 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
BETADINE 10 % SOLUTION	*	
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % LIQUID	*	
BIOCAL 500 MG-100 UNIT -45 MG-800 MCG CAPSULE	*	
biocotron 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
BION TEARS (PF) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
biotene dry mouth oral rinse MOUTHWASH	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
black-draught lax-senna 8.6 mg TABLET	*	
BLOOD SUGAR MANAGER 300 MCG DFE- 20 MG TABLET	*	
bonine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
bp wash 10 %, 5 % CLEANSER	*	
bromfed dm 2-30-10 mg/5 ml SYRUP	*	
bufferin 325 mg TABLET	*	
c complex 500 mg TABLET ER	*	
c-1000 1,000 mg TABLET	*	
c-1000 1,000 mg TABLET ER	*	
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	*	
CADEAU DHA 29 MG IRON- 1 MG-150 MG CAPSULE	*	
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
CAL-QUICK 500 MG-10 MCG (400 UNIT)/5 ML LIQUID	*	
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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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 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 antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 200 mg calcium (500 mg), 400 mg calcium (1,000 mg), 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
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-3.125 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	*	
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 citrate + d 315 mg-5 mcg (200 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 with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
CALTRATE 600 PLUS D 600 MG-20 MCG (800 UNIT) CHEWABLE TABLET	*	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	*	
capsaicin 0.075 %, 0.1 % CREAM	*	
capsaicin hp 0.1 % CREAM	*	
capsaid es 0.1 % CREAM	*	
CAPZASIN-HP 0.1 % CREAM	*	
capzix 0.1 % CREAM	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPPERETTE	*	
carboxymethylcellulose sodium 0.5 % DROPS	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
carboxymethylcellulose sodium 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
cetiri-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	*	
cetirizine-pseudoephedrine 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	*	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
chest congestion relief dm 20-400 mg TABLET	*	
chest congestion-cough relief 20-400 mg TABLET	*	
child chest congestion-cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child delsym cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child mucus relief cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
child probiotic digest-immune 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough dm er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
CHILDREN'S DELSYM COUGH 30 MG/5 ML SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
children's fever reducing 120 mg SUPPOSITORY	*	
children's giltuss cough-chest 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's mucinex cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
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/5 ml LIQUID	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's probiotic 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN) 1 MG CHEWABLE TABLET	*	
children's sleep (melatonin) 1 mg/ml LIQUID	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml PREFILLED SPOON	*	
childrens chewable probiotic 1.5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
chld robitussin cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
CHLORAPREP CLEAR 2-70 % SOLUTION	*	
CHLORAPREP ONE STEP 2-70 % SWAB	*	
CHLORHEXIDINE (BULK) LIQUID	*	
chlorhexidine gluconate 2 % TOWELETTE	*	
chlorhexidine gluconate 2 %, 4 % LIQUID	*	
chlorpheniramine maleate 4 mg TABLET	*	
chlortabs 4 mg TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
citracal regular 250 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET	*	
citrate of magnesia SOLUTION	*	
CITROMA SOLUTION	*	
CITRUCEL (SUCROSE) POWDER	*	
CITRUCEL SUGAR FREE POWDER	*	
CLARITIN 10 MG TABLET	*	
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.	*	
CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON- 800 MCG TABLET	*	
clear eyes natural tears 0.5-0.6 % DROPS	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clearlax 17 gram/dose POWDER	*	
clearshield sodium chlor flush SYRINGE	*	
CLINICLEAN 4 % LIQUID	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	*	
clotrimazole af 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
clotrimazole-7 1 % CREAM	*	
codeine-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
col-rite 100 mg CAPSULE	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	*	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
complete allergy 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy 25 mg TABLET	*	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy medicine 25 mg TABLET	*	
complex b-100 400 mcg TABLET ER	*	
CONCEPTIONXR REPRODUCTIVE 250-200-500-10 MG-UNIT-MCG-MG TABLET	*	
cool bottoms 1 % CREAM	*	
corn starch POWDER	*	
CORRECTOL 5 MG TABLET	*	
cortisone (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortisone with aloe 1 % CREAM	*	
cortizone-10 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 feminine itch 1 % CREAM	*	
cortizone-10 with aloe 1 % CREAM	*	
cough dm er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
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	*	
cranberry-probiotc(blend)-vitc 150 mm cell- 250 mg-30 mg TABLET	*	
curae 1.5 mg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg CAPSULE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg TABLET ER	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	*	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
dandruff shampoo (selen-aloe) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	*	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
decara 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
DELSYM 12 HOUR 30 MG/5 ML SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
delsym cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
delta d3 10 mcg (400 unit) TABLET	*	
dermacinrx dimopair 5 % CREAM	*	
dermacinrx skin repair complex 5 % CREAM	*	
dermafungal 2 % CREAM	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
dextromethorphan polistirex 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dextromethorphan-guaifenesin 20-400 mg TABLET	*	
diabetic tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	*	
DIALYVITE 800 800 MCG CHEWABLE TABLET	*	
DIALYVITE CHEWABLE PROBIOTIC 10 BILLION CELL CHEWABLE TABLET	*	
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
diamode 2 mg TABLET	*	
dibucaine 1 % OINTMENT	*	
diclofenac sodium 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
DIFFERIN 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
dimenhydrinate 50 mg TABLET	*	
dimethicone 2 % CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diphen 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
docosanol 10 % CREAM	*	
docuprene 100 mg TABLET	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg TABLET	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	*	
dok 100 mg TABLET	*	
double antibiotic (b.tracn zn) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
double antibiotic-pain relief 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	*	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	*	
drimate 50 mg TABLET	*	
dry eye relief 1-0.2-0.2 % DROPS	*	
dry mouth MOUTHWASH	*	
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	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
DYNA-HEX 2 %, 4 % LIQUID	*	
EC MATRIX 100-100 MG TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	*	
ed chlorped jr 2 mg/5 ml SYRUP	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
effaclar adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
efferves pain relief antacid 325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET	*	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 250 MG CHEWABLE TABLET	*	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	*	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
estronatural 15-0.2 unit-mg TABLET	*	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	*	
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 25 MG TABLET	*	
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	*	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	*	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	*	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	*	
EYE ITCH RELIEF 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
eyes alive 0.5 % DROPPERETTE	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fem moist andlub(glycerin-hec) GEL	*	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous gluconate 240 mg (27 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfat 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
FEVERALL 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine 180 mg, 60 mg TABLET	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	*	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	
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 aid antiseptic(povidone) 10 % SOLUTION	*	
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 ENEMA EXTRA 19-7 GRAM/197 ML ENEMA	*	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	*	
floramax 1 million cell TABLET	*	
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET	*	
foaming acne face wash 10 % CLEANSER	*	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET	*	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
for sty relief OINTMENT	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
freshkote 2.7-2 % DROPS	*	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	*	
gas relief (simethicone) 180 mg CAPSULE	*	
gas relief ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
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	*	
genteal tears mild 0.1-0.3 % DROPS	*	
GENTEAL TEARS MODERATE 0.1-0.3-0.2 % DROPS	*	
GENTEAL TEARS MODERATE (PF) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL 0.3 % GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS 0.4-0.3 % DROPS, GEL	*	
GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT) 94-3 % OINTMENT	*	
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-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 cough-congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
giltuss hbp 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
glucose 3.75 gram, 4 gram CHEWABLE TABLET	*	
glucose gel 40 % GEL	*	
glutose-15 40 % GEL	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glutose-45 40 % GEL	*	
glutose-5 40 % GEL	*	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
glycerin (child) SUPPOSITORY	*	
guaiasorb dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
GYNE-LOTRIMIN 2 % CREAM	*	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	*	
hand wash 2 % LIQUID	*	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	*	
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 (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
hemorrhoid OINTMENT	*	
hemorrhoidal OINTMENT	*	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
HEMORRHOIDAL (PHENYLEPH-FAT) 0.25-88.7 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal-analgesic 1 % OINTMENT	*	
heparin lock flush (porcine) 10 unit/ml SOLUTION	*	
heparin lockflush(porcine)(pf) 10 unit/ml, 100 unit/ml SYRINGE	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
HIBICLENS 4 % LIQUID	*	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	*	
HYDROCIL POWDER	*	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	*	
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)
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
hyper-sal 7 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
i-prin 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	*	
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 2 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	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFUVITE ADULT 3,300 UNIT- 150 MCG/10 ML SOLUTION	*	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT- 200 MCG/5 ML SOLUTION	*	
inzo antifungal 2 % CREAM	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE 5 BILLION CELL- 188 MG TABLET	*	
JARRO-DOPHILUS KIDS 500 MILLION CELL-50 MG CHEWABLE TABLET	*	
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
JOINT HEALTH-BONE STRENGTH 600 MG-25 MCG- 50 MG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
julie 1.5 mg TABLET	*	
k-y lubricating GEL	*	
KALA 30-20 MG TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
kids melatonin 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) 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	*	
kindermid infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kindermid kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermid kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kobee 0.4 mg TABLET	*	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
KPN 9 MG IRON- 267 MCG TABLET	*	
L-arginine(alpha-ketoglutarat) 350 mg TABLET ER	*	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	*	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell TABLET	*	
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	*	
levomefolate calcium 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lidocaine 4 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
lidocaine-transparent dressing 4 % KIT	*	
lidoheal-90 4 % KIT	*	
lidoreal-30 4 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
lintera 10 % CLEANSER	*	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
little remedies 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
little remedies fever and pain 160 mg/5 ml LIQUID	*	
little remedies saline 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loperamide 2 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-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
LORID 1 MG-200 MG- 300 MCG TABLET	*	
lotrimin af 2 % POWDER	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lubricant eye 57.3-42.5 %, 57.7-31.9 % OINTMENT	*	
lubricant eye (cmc-glycer)(pf) 0.5-0.9 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (cmc-glycerin) 0.5-0.9 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4-0.3 % DROPS	*	
lubricant eye (pg-peg 400)(pf) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye (propyl glycol) 0.6 % DROPS	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubricant eye drops 0.5 % DROPS	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lubricants GEL	*	
lubricating jelly (chlorhexid) GEL	*	
lubricating plus 0.5 % DROPPERETTE	*	
lubrifresh pm 83-15 % OINTMENT	*	
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	*	
MAD NASAL ATOMIZER-1 ML SYRING COMBO PACK	*	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
MAGNEBIND 300 250-300 MG TABLET	*	
magnesium citrate SOLUTION	*	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium TABLET	*	
mapap (acetaminophen) 500 mg CAPSULE	*	
max sleep junior 1 mg/ml LIQUID	*	
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	*	
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	*	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
meclizine 25 mg TABLET	*	
medi-meclizine 25 mg TABLET	*	
MEDI-PADS 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated pads 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated wipes 50 % PADS, MEDICATED	*	
mediproxen 220 mg TABLET	*	
melatonin 1 mg, 10 mg, 12 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg TABLET	*	
melatonin 1 mg, 2.5 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	*	
melatonin 1 mg/4 ml, 10 mg/ml, 3 mg/4 ml DROPS	*	
melatonin 1 mg/ml, 2.5 mg/10 ml, 5 mg/15 ml LIQUID	*	
melatonin 10 mg, 3 mg, 5 mg CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
melatonin-lemon balm leaf extr 10-1 mg TABLET	*	
melatonin-pyridoxine hcl (b6) 3-10 mg TABLET	*	
menopause support 30-400-80 unit-mcg-mg TABLET	*	
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL 3.4 GRAM/5.4 GRAM POWDER	*	
metamucil (sugar) POWDER	*	
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM, 3.4 gram/12 gram, 3.4 GRAM/7 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	*	
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) TABLET	*	
micatin 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % POWDER	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
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	*	
miconazorb af 2 % POWDER	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
micotrin ap 2 % POWDER	*	
micro-guard 2 % POWDER	*	
microdot glucose gel 40 % GEL	*	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	*	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	*	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	*	
MINI PRENATAL 6.75 MG IRON- 200 MCG TABLET	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
MIRALAX 17 GRAM POWDER IN PACKET	*	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE POWDER	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mix-in laxative 17 gram POWDER IN PACKET	*	
monistat 1 (tioconazole) 6.5 % OINTMENT	*	
MONISTAT 1 COMBO PACK 1,200-2 MG-% KIT	*	
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)
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 arthritis pain 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
MOTRIN IB 200 MG TABLET	*	
move it along 100 mg TABLET	*	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
mucinex fast-max dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucinex fast-max kick cong-cgh 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucosa dm 20-400 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-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	*	
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS 500 MG-400 MCG- 23.9 MG-3 MG TABLET	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
mycozyl ac 1 % CREAM	*	
mycozyl ap 2 % POWDER	*	
myferon 150 150 mg iron CAPSULE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mylanta maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	*	
naproxen sodium 220 mg TABLET	*	
naramin 12.5 mg/5 ml LIQUID IN PACKET	*	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	*	
nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	*	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
natural fiber laxative (sugar) POWDER	*	
natural fiber laxative(aspart) POWDER	*	
natural senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
natural tears (pf) 0.1-0.3 % DROPPERETTE	*	
natural veg laxative(sennosid) 8.6 mg TABLET	*	
nebusal 3 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
neosporin (neo-bac-polym) 3.5-400-5,000 mg-unit-unit OINTMENT IN PACKET	*	
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 PAIN RELIEF 3.5-10,000-10 MG-UNIT-MG/GRAM CREAM	*	
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	*	
neutraphor 1 % CREAM	*	
new day 1.5 mg TABLET	*	
niacin 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
niacin (inositol niacinate) 500 mg TABLET	*	
niacinamide 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
NICODERM CQ 14 MG/24 HR, 21 MG/24 HR, 7 MG/24 HR PATCH, 24 HR.	*	
NICORETTE 2 MG, 4 MG GUM	*	
nicorette 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
NICORETTE 2 MG, 4 MG MINI LOZENGE	*	
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	*	
nighttime allergy relief 25 mg TABLET	*	
nighttime dry-eye relief 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
nighttime sleep aid (diphen) 25 mg TABLET	*	
NIX CREME RINSE 1 % LIQUID	*	
noble formula hc 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
non-aspirin 325 mg TABLET	*	
normal saline flush SYRINGE	*	
nortemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	*	
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT	*	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
nytol 25 mg TABLET	*	
odor control foot-sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS	*	
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 28 MG IRON- 800 MCG COMBO PACK	*	
one daily prenatal 28-800-440 mg-mcg-mg COMBO PACK	*	
ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON- 800 MCG-235 MG CAPSULE	*	
onelax bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
onelax docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
onelax fiber (with sucrose) 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
onelax magnesium citrate SOLUTION	*	
onelax senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
onevite calcium-d3 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
OPILL 0.075 MG TABLET	*	
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oral relief dry mouth SPRAY WITH PUMP	*	
ORAZINC 50 MG ZINC (220 MG) CAPSULE	*	
ORTHO-TABS 500 MG-400 UNIT -15 MCG-200 MCG TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
overnight lubricating eye 94-3 % OINTMENT	*	
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-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-col rite 8.6-50 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml LIQUID	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 650 mg TABLET ER	*	
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	*	
pain reliever (acetam-aspirin) 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	*	
pain-off 250-250-65 mg TABLET	*	
panoxyl 10 % CLEANSER	*	
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % DROPS	*	
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % DROPS	*	
pediatric enema 9.5-3.5 gram/59 ml ENEMA	*	
PEPCID AC 10 MG TABLET	*	
perdiem overnight relief 15 mg TABLET	*	
PERSA-GEL 10 % GEL	*	
personal lubricating jelly GEL	*	
pharbechlor 4 mg TABLET	*	
pharbedryl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
pharbetol 325 mg TABLET	*	
pharbinex-dm 20-400 mg TABLET	*	
PHAZYME 180 MG CAPSULE	*	
phenazopyridine 95 mg TABLET	*	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML SUSPENSION	*	
phillips' liqui-gels 100 mg CAPSULE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	*	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	*	
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
poly-iron 150 mg iron CAPSULE	*	
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	*	
POLYSPORIN 500-10,000 UNIT/GRAM OINTMENT IN PACKET	*	
polyvinyl alcohol 1.4 % DROPS	*	
povidone-iodine 10 % LIQUID IN PACKET	*	
povidone-iodine 10 % SOLUTION	*	
povidone-iodine 10 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
powderlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
powderlax 17 gram/dose POWDER	*	
pre-moistened medicated wipes PADS	*	
prenatal 28 mg iron- 800 mcg, 28-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal + dha 28 mg iron- 975 mcg-200 mg, 28 mg iron-800 mcg-200 mg COMBO PACK	*	
prenatal complete 14 mg iron- 400 mcg TABLET	*	
prenatal formula 28 mg iron- 800 mcg, 9 mg iron- 267 mcg TABLET	*	
PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG- 200 MG CAPSULE	*	
prenatal multi 27-800 mg-mcg TABLET	*	
prenatal multi-dha (algal oil) 27mg iron- 800 mcg-250 mg CAPSULE	*	
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 TABLET	*	
prenatal vitamin plus low iron 27 mg iron- 1 mg TABLET	*	
prenatal vitamin with minerals 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
PREPARATION H 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
preparation h (pe) 0.25 % SUPPOSITORY	*	
preparation h (witch hazel) 20 %, 50 % PADS, MEDICATED	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.
Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
preparation h hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
PREPARATION H(PE,CB) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
probiotic acidophilus (4 strn) 1 billion cell- 250 mg TABLET	*	
probiotic colon support 70 mg (5 billion cell) TABLET, DR/EC	*	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP	*	
promethazine-dm 6.25-15 mg/5 ml SOLUTION	*	
promolaxin 100 mg TABLET	*	
psyllium husk (with sugar) 3 gram/7 gram POWDER	*	
pulmosal 7 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
pure and gentle (saline) 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
pure l-citrulline 600 mg CAPSULE	*	
purelax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
purelax 17 gram/dose POWDER	*	
purevita folic acid 400 mcg TABLET	*	
purevita vitamin d3 25 mcg (1,000 unit) TABLET	*	
pvp prep 10 % SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION	*	
pyridoxine (vitamin b6) 25 mg TABLET	*	
quit 2 2 mg GUM	*	
quit 2 2 mg LOZENGE	*	
quit 4 4 mg GUM	*	
quit 4 4 mg LOZENGE	*	
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
READYPREP CHG 2 % TOWELETTE	*	
readyprep pvp 10 % SOLUTION	*	
refenesen dm 20-400 mg TABLET	*	
REFRESH CELLUVISC 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
REFRESH CLASSIC (PF) 1.4-0.6 % DROPPERETTE	*	
REFRESH DIGITAL 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH DIGITAL PF 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH LIQUIGEL 1 % DROPS, LIQUID GEL	*	
REFRESH OPTIVE 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH OPTIVE 1-0.9 % DROPS, GEL	*	
REFRESH OPTIVE ADVANCED 0.5-1-0.5 % DROPS	*	
REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF) 0.5-1-0.5 % DROPPERETTE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF) 0.5-0.9 % DROPPERETTE	*	
REFRESH P.M. 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
REFRESH PLUS 0.5 % DROPPERETTE	*	
REFRESH RELIEVA 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH RELIEVA PF 0.5-0.9 % DROPS	*	
REFRESH TEARS 0.5 % DROPS	*	
REFRESH TEARS PF 0.5-0.9 % DROPS	*	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk-sucro) 3 GRAM/12 GRAM, 3 gram/7 gram POWDER	*	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % CREAM	*	
remedy antifungal 2 % POWDER	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % POWDER	*	
RENAL MULTIVITAMIN 800 MCG-60 MG- 25 MCG-8MG IRON TABLET	*	
RESPA-AR 8-90-0.24 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
rest simply nighttime sleep 25 mg TABLET	*	
restore plus (cmcellulose) 0.5 % DROPPERETTE	*	
restore pm 57.3-42.5 % OINTMENT	*	
retaine allergy 0.2 % DROPS	*	
retaine cmc 0.5 % DROPPERETTE	*	
retaine pm 80-20 % OINTMENT	*	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
ringworm 1 % CREAM	*	
RISA-BID 1 BILLION CELL- 250 MG TABLET	*	
robafen dm 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
robitussin cough-chest cong dm 5-100 mg/5 ml, 5-50 MG/5 ML LIQUID	*	
robitussin er 30 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
robitussin honey max dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
safe tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY	*	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML LIQUID	*	
SCRUB CARE EXIDINE 4 % LIQUID	*	
scrub care povidone iodine 10 % SOLUTION	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SCRUB CHLORHEXIDINE GLUCONATE 4 % LIQUID	*	
secura antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
secura dimethicone 5 % CREAM	*	
selsun blue 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue 2-in-1 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue moisturizing 1 % SHAMPOO	*	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senna 8.6 mg TABLET	*	
senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
senna lax 8.6 mg TABLET	*	
senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
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	*	
sentia 0.6 % DROPS	*	
simethicone 180 mg CAPSULE	*	
SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG COMBO PACK	*	
simply sleep 25 mg TABLET	*	
skin protectant a and d OINTMENT	*	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	*	
sleep aid (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
sleep ii 25 mg TABLET	*	
sleep tablet (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
SLEEP-TABS 25 MG TABLET	*	
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 chlor 0.9% bacteriostat 0.9 % SOLUTION	*	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	*	
sodium chloride 0.9 % SYRINGE	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium chloride 1,000 mg TABLET, SOLUBLE	*	
sodium chloride 0.9 % (flush) SYRINGE	*	
sominex 25 mg TABLET	*	
SOOTHE AND COOL INZO BARRIER 5 % CREAM	*	
SOOTHE HYDRATION 1.25 % DROPS	*	
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT 80-20 % OINTMENT	*	
soothe xp 1-4.5 % DROPS	*	
SOOTHE XP (PF) 1-4.5 % DROPPERETTE	*	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	*	
SORBITOL 70 % SOLUTION	*	
sorbugen nr 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
SORBUTUSS 10-100-85 MG/5 ML LIQUID	*	
st.joseph aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
st. joseph aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
sterile saline 0.9 % SOLUTION	*	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener 100 mg CAPSULE	*	
stool softener 100 mg TABLET	*	
stool softener 50 mg/5 ml LIQUID	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	*	
stop smoking aid 2 mg, 4 mg LOZENGE	*	
strawberry c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH IRON 500 MG-400 MCG- 18 MG IRON TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH IRON(SULF) 500 MG-400 MCG- 27 MG IRON TABLET	*	
STUART ONE 27 MG IRON- 800 MCG-200 MG CAPSULE	*	
stye (pva-povidone) 0.5-0.6 % DROPS	*	
STYE LUBRICANT 57.7-31.9 % OINTMENT	*	
super quints 0.4 mg TABLET	*	
super quints b-50 TABLET	*	
SURFAK 240 MG CAPSULE	*	
swabflush SYRINGE W/SWAB CAP	*	
SWEEN CREAM	*	
SWEEN CREAM CREAM	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SYSTANE (PF) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE BALANCE 0.6 % DROPS	*	
SYSTANE COMPLETE 0.6 % DROPS	*	
SYSTANE GEL 0.3 % GEL	*	
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % DROPS, GEL	*	
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
SYSTANE HYDRATION (PF) 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE NIGHTTIME 94-3 % OINTMENT	*	
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3 % DROPS	*	
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4-0.3 % DROPPERETTE	*	
SYSTANE ULTRA (PF) 0.4-0.3 % DROPS	*	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	*	
TAME THE FLAME 195 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	*	
terbinafine hcl 1 % CREAM	*	
the magic bullet 10 mg SUPPOSITORY	*	
thera antifungal 2 % CREAM	*	
thera antifungal 2 % POWDER	*	
thera moisturizing 1.5 % CREAM	*	
thera-d 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
THERANATAL 27 MG IRON- 1 MG TABLET	*	
THERANATAL COMPLETE 27 MG IRON- 1 MG-150 MG COMBO PACK	*	
THERANATAL ONE 27 MG IRON-1000 MCG-300 MG CAPSULE	*	
THERANATAL OVAVITE 18-1-125 MG-MG-UNIT COMBO PACK	*	
THERANATAL PLUS 27 MG IRON- 1 MG-300 MG COMBO PACK	*	
theratears 1 % DROPPERETTE, GEL	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
TINACTIN 1 % AEROSOL POWDER	*	
TINACTIN 1 % CREAM	*	
TINACTIN 1 % POWDER	*	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	*	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	*	
tolnaftate 1 % AEROSOL POWDER	*	
tolnaftate 1 % CREAM	*	
tolnaftate 1 % POWDER	*	
travel sickness 50 mg TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
travel-ease (meclizine) 25 mg TABLET	*	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
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	*	
TRITOLNACIDE C 1 % CREAM	*	
TROJAN BARESKIN DEVICE	*	
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE	*	
TROJAN MAGNUM CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE	*	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL DEVICE	*	
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	*	
TRONVITE 1 MG-100 MG- 300 MCG TABLET	*	
TRUE COVER CONDOM DEVICE	*	
trueplus glucose 3.75 gram CHEWABLE TABLET	*	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE	*	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
tucks (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 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	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin 100 mg/5 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 cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET ER	*	
ultra a-d 2 mg TABLET	*	
ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE) 400 MCG-100MCG- 100 MCG TABLET	*	
ultra fresh 0.5 % DROPS	*	
ultra fresh pm OINTMENT	*	
ultra lubricant eye 0.4-0.3 % DROPS	*	
ultra tuss safe 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES 1 BILLION CELL- 20 MCG CHEWABLE TABLET	*	
urinary pain relief 95 mg TABLET	*	
uro-pain 95 mg TABLET	*	
VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM 28 % FILM	*	
VANALICE 0.3-3.5 % GEL	*	
vanicream hc 1 % CREAM	*	
vanquish 250-250-65 mg TABLET	*	
VCF CONTRACEPTIVE FILM 28 % FILM	*	
vcf contraceptive gel 4 % GEL	*	
vegetable lax-stool softener 8.6-50 mg TABLET	*	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	*	
VEGETARIAN BONEUP 166.6 MG-4.15 MCG-83.3 MG TABLET	*	
ventiva tears 0.5 % DROPS	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
verticalm 25 mg TABLET	*	
vis guard (petrolatum-min oil) 83-15 % OINTMENT	*	
vis guard (polyvinyl alcohol) 1.4 % DROPS	*	
vista gel 0.3 % GEL	*	
vista meibo tears 0.6 % DROPS	*	
vista tears 0.4-0.3 % DROPS	*	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-10 mg- 10 mg TABLET ER	*	
vitajoy melatonin 2.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin a and d OINTMENT	*	
vitamin b complex TABLET	*	
VITAMIN B COMPLEX TABLET, DISINTEGRATING	*	
VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES 0.4 MG TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-12 1,000 mcg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-6 25 mg TABLET	*	
vitamin c 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin c 250 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c 500 mg TABLET ER	*	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	1	
vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
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), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamins b complex TABLET	*	
vitasure 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	*	
VOLTAREN ARTHRITIS PAIN 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
wal-dram 50 mg TABLET	*	
wal-dram 2 25 mg TABLET	*	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-dryl allergy 25 mg CAPSULE	*	
wal-dryl allergy 25 mg TABLET	*	
wal-fex allergy 180 mg, 60 mg TABLET	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnap/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnap/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-finat 4 mg TABLET	*	
wal-itin 10 mg TABLET	*	
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 (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-profen 200 mg TABLET	*	
wal-proxen 220 mg TABLET	*	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
wal-tussin 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) 10 mg TABLET	*	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
wal-zyr d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg- 200 mg COMBO PACK	*	
xvite 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
YUM-YUM DOPHILUS 2.5 BILLION CELL-50 MG, 500 MILLION CELL-50 MG CHEWABLE TABLET	*	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
zantac-360 (famotidine) 20 mg TABLET	*	
zeasorb af 2 % POWDER	*	
zinc oxide 20 % OINTMENT	*	
zinc sulfat 50 mg zinc (220 mg) CAPSULE	*	
zinc sulfat 50 mg zinc (220 mg) TABLET	*	
zostrix-hp 0.1 % CREAM	*	
zyncof 20-400 mg TABLET	*	
ZYRTEC 10 MG TABLET	*	
ZYRTEC-D 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

adefovir	80	alka-seltzer plus allergy	96
ADEMPAS	92	alkums	96
ADSTILADRIN	49	all day allergy (cetirizine)	96
adult aspirin regimen	96	all day allergy-d	96
adult low dose aspirin	96	all day pain relief	96
adult tussin chest congestion	96	all day relief	96
adult wal-tussin	96	ALLEGRA ALLERGY	96
ADVAIR HFA	92	ALLEGRA HIVES	96
advanced antacid-antigas	96	ALLER-CHLOR	96
advanced exfoliating cleanser	96	aller-ease	96
afirmelle	32	aller-fex	96
after pill	96	aller-g-time	96
AFTERA	96	aller-tec	96
AIMSCO LATEX CONDOM	96	aller-tec d	96
AIRSUPRA	92	allerclear	96
AKEEGA	68	allerclear d-12hr	96
alavert	96	allerclear d-24hr	96
alavert d-12 allergy-sinus	96	allergy	97
ALAWAY	96	allergy (chlorpheniramine)	97
albendazole	76	allergy (diphenhydramine)	97
albuterol sulfate	92	allergy and congestion relief	97
ALCOHOL PADS	49	allergy d-12	97
ALCOHOL PREP PADS	49	allergy eye (ketotifen)	97
ALCOHOL SWABS	49	allergy medication	97
ALCOHOL WIPES	49	allergy medicine	97
ALECENSA	68	allergy relief (cetirizine)	97
alendronate	25	allergy relief (fexofenadine)	97
aler-cap	96	allergy relief (loratadine)	97
aleve arthritis (diclofenac)	96	allergy relief d-24hr	97
alfuzosin	32	allergy relief d12	97
aliskiren	19	allergy relief(chlorpheniramn)	97
ALIVE B-COMPLEX	96	allergy relief(diphenhydramin)	97
alka-seltzer heartburn chew	96	allergy relief,nasal decongest	97

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

allergy relief-d (cetirizine)	97	amlodipine-atorvastatin	19
allergy relief-d (loratadine)	97	amlodipine-benazepril	19
allergy-congestion relief-d	97	amlodipine-olmesartan	19
allergy-time	97	amlodipine-valsartan	19
allopurinol	17	ammonium lactate	28
almacone-2	97	amnesteem	28
alophen (bisacodyl)	97	amoxapine	64
alosetron	30	amoxicillin	55
alprazolam	54	amoxicillin-pot clavulanate	55
altamist	97	amphotericin b	66
altavera (28)	32	amphotericin b liposome	66
alum-mag hydroxide-simeth	97	ampicillin	55
aluminum hydroxide gel	97	ampicillin sodium	56
ALUNBRIG	68	ampicillin-sulbactam	56
alyacen 1/35 (28)	32	anagrelide	88
alyacen 7/7/7 (28)	32	anastrozole	68
alyq	92	ANKTIVA	68
amantadine hcl	18	antacid	97
ambrisentan	92	antacid (calcium carbonate)	97
amethia	32	antacid anti-gas	98
amethyst (28)	32	antacid calcium	98
amikacin	55	antacid ext (mag carb-al hyd)	98
amiloride	19	antacid ext str (calcium carb)	98
amiloride-hydrochlorothiazide	19	antacid liquid	98
aminofen	97	antacid m	98
aminophylline	92	antacid maximum strength	98
AMINOSYN II 10 %	83	antacid plus anti-gas	98
AMINOSYN II 15 %	83	antacid regular strength	98
AMINOSYN-PF 10 %	83	antacid ultra strength	98
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	83	antacid-antigas	98
amiodarone	19	anti-dandruff	98
amitriptyline	64	anti-dandruff with menthol	98
amlodipine	19	anti-diarrheal (loperamide)	98

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

anti-gas ultra strength	98	ARISTADA INITIO	77
anti-itch (hc)	98	ARMOUR THYROID	40
anti-itch(hydrocortisone)-aloe	98	ARNUITY ELLIPTA	92
antibiotic (bacitracin zinc)	98	arthritis pain (diclofenac)	99
antibiotic (neomy-bacit-polym)	98	arthritis pain relief (acetam)	99
antibiotic plus (pramoxine)	98	arthritis pain relief(capsaic)	99
antibiotic plus pain rel(pram)	98	arthritis pain reliever	99
antibiotic-pain relief (bacit)	98	artificial eye lubricant	99
antifungal (clotrimazole)	98	artificial tear(dxtrn-hpm-gly)	99
antifungal (miconazole)	98	artificial tears (pf)	99
antifungal (terbinafine)	98	artificial tears(dext70-hydro)	99
antifungal (tolnaftate)	98	artificial tears(pg-hypm-glyc)	99
antifungal extra thick	99	artificial tears(pvalch-povid)	99
antifungal ringworm	99	ascorbic acid (vitamin c)	99
antifungal spray	99	ascorbic acid-ascorbate sodium	99
antiseptic	99	asenapine maleate	77
antiseptic skin clnstr(chlorhe)	99	ashlyna	32
antitussive dm	99	aspercreme arthritis pain	99
aphen	99	aspirin	99
apomorphine	18	aspirin childrens	99
aprepitant	65	aspirin,buffd-calcium carb-mag	99
apri	32	atazanavir	80
APTIVUS	80	atenolol	19
aquaphor itch relief	99	atenolol-chlorthalidone	19
aranella (28)	32	athenol	99
ARCALYST	42	athlete's foot	99
AREXVY (PF)	42	athlete's foot (clotrimazole)	100
arformoterol	92	athlete's foot (terbinafine)	100
arginine (l-arginine)	99	athlete's foot (tolnaftate)	100
arginine hcl (l-arginine)	99	athletic foot cream	100
ARIKAYCE	56	atomoxetine	26
aripiprazole	77	atorvastatin	19
ARISTADA	77	atovaquone	76

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnpharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

atovaquone-proguanil	76	aztreonam	56
atropine	46	azurette (28)	33
ATROPINE SULFATE (PF)	46	B	
ATROVENT HFA	92	b complex 1 (with folic acid)	100
aubra	33	b complex 100	100
aubra eq	33	b-50 complex (with herbs)	100
AUGTYRO	68	b-complex	100
aurovela 1.5/30 (21)	33	b-sure	100
aurovela 1/20 (21)	33	BABY AYR SALINE	100
aurovela 24 fe	33	bacitracin	46, 56, 100
aurovela fe 1-20 (28)	33	bacitracin zinc	100
aurovela fe 1.5/30 (28)	33	bacitracin-polymyxin b	46
AUSTEDO	26	bacitraycin plus	100
AUSTEDO XR	26	baclofen	17
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	26	BACTOSHIELD CHG	100
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	49	bal-care dha	83
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	49	balance b-100 (folic acid)	100
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	49	balance b-50 (with folic acid)	100
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	balanced b-100	100
AUVELITY	64	balanced b-50	100
AUVI-Q	92	balsalazide	25
AVEENO ANTI-ITCH (HYDROCORTSN)	100	BALVERSA	68
aviane	33	balziva (28)	33
AVMAPKI-FAKZYNJA	68	ban-acid	100
AYR SALINE	100	BAND-AID GAUZE PADS	49
ayuna	33	BAND-AID PLUS ANTIBIOTIC	100
AYVAKIT	68	banophen	100
azacitidine	68	BAQSIMI	89
azathioprine	42	BARACLUDGE	80
azelaic acid	28	BAVENCIO	68
azelastine	46, 92	bayer aspirin	100
azithromycin	56	bayer low dose aspirin	100
AZO URINARY PAIN RELIEF	100	baza antifungal	100

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

BCG VACCINE, LIVE (PF)	42	best fiber	101
BD ALCOHOL SWABS	49	BETADINE	101
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	BETADINE OPHTHALMIC PREP	46
BD ECLIPSE LUER-LOK	49	betaine	94
BD INSULIN SYRINGE	49	betamethasone acet,sod phos	39
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	49	betamethasone dipropionate	28
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	49	betamethasone valerate	28
BD INSULIN SYRINGE U-500	49	betamethasone, augmented	28
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	49	BETASEPT SURGICAL SCRUB	101
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	49	betaxolol	46
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	49	bethanechol chloride	32
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	49	bexarotene	68
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	49	BEXSERO	42
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	49	bicalutamide	68
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	49	BICILLIN C-R	56
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	49	BICILLIN L-A	56
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	49	BIKTARVY	80
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	49	bimatoprost	46
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	50	BIOCAL	101
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50	biocotron	101
beauty 360 daily moisturizing	100	BION TEARS (PF)	101
BELSOMRA	48	biotene dry mouth oral rinse	101
BENADRYL	100	bisacodyl	101
benadryl allergy	100	bisoprolol fumarate	20
benazepril	19	bisoprolol-hydrochlorothiazide	20
benazepril-hydrochlorothiazide	19	black-draught lax-senna	101
BENEFIBER HEALTHY SHAPE	100	blisovi 24 fe	33
BENEFIBER SUGAR FREE (DEXTRIN)	101	blisovi fe 1.5/30 (28)	33
BENLYSTA	42	blisovi fe 1/20 (28)	33
benzonatate	101	BLOOD SUGAR MANAGER	101
benzoyl peroxide	101	bonine	101
benztropine	18	BOOSTRIX TDAP	42
BESREMI	42	BORDERED GAUZE	50

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-**www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy**](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

BORTEZOMIB	68	CABOMETYX	69
BOSULIF	68	CADEAU DHA	101
bp wash	101	cal-citrate	101
BRAFTOVI	68	cal-gest antacid	101
BREO ELLIPTA	92	CAL-QUICK	101
BREZTRI AEROSPHERE	92	calcipotriene	28
briellyn	33	calcitonin (salmon)	25
brimonidine	46	calcitriol	25
brivaracetam	60	calcium 500 + d	101
BRIVIACT	60	calcium 500 with d	101
bromfed dm	101	calcium 600 + d(3)	102
bromocriptine	18	calcium 600 with vitamin d3	102
BRUKINSA	68, 69	calcium antacid	102
budesonide	25, 92	calcium carbonate	102
bufferin	101	calcium carbonate-vit d3-min	102
bumetanide	20	calcium carbonate-vitamin d3	102
bupivacaine (pf)	54	calcium chloride	83
bupivacaine hcl	54	calcium citrate + d	102
buprenorphine	52	calcium citrate-vitamin d3	102
buprenorphine hcl	26	calcium gluconate	83
buprenorphine-naloxone	26	calcium with vitamin d	102
bupropion hcl	64	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	69
bupropion hcl (smoking deter)	26	CALTRATE 600 PLUS D	102
bupirone	54, 55	CALTRATE WITH VITAMIN D3	102
butalbital-acetaminophen-caff	50	camila	33
C			
c complex	101	camrese	33
c-1000	101	camrese lo	33
c-500	101	candesartan	20
c-lax laxative (bisacodyl)	101	candesartan-hydrochlorothiazid	20
c-nate dha	83	CAPLYTA	77
CABENUVA	80	CAPRELSA	69
cabergoline	40	capsaicin	102
		capsaicin hp	102

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

capsaid es	102	ceftriaxone	57
captopril	20	ceftriaxone in dextrose,iso-os	57
captopril-hydrochlorothiazide	20	cefuroxime axetil	57
CAPZASIN-HP	102	cefuroxime sodium	57
capzix	102	celecoxib	52
carbamazepine	60	cephalexin	57
carbidopa	18	CEQR SIMPLICITY	50
carbidopa-levodopa	18	CEQR SIMPLICITY INSERTER	50
carbidopa-levodopa-entacapone	19	cetiri-d	103
carboxymethylcellulose sodium	102, 103	cetirizine	92, 103
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	50	cetirizine-pseudoephedrine	103
carglumic acid	83	chateal eq (28)	33
carteolol	46	CHEMET	83
cartia xt	20	CHEST CONGESTION RELIEF	103
carvedilol	20	chest congestion relief dm	103
caspofungin	66	chest congestion-cough relief	103
CAYSTON	92	child chest congestion-cough	103
cefaclor	56	child cough-chest congest dm	103
cefadroxil	56	child delsym cough-chest dm	103
cefazolin	56	child mucus relief cough	103
cefazolin in dextrose (iso-os)	56	child mucus relief expectorant	103
cefdinir	56	child pain rel-fever reducer	103
cefepime	56	child probiotic digest-immune	103
cefepime in dextrose 5 %	56	children's acetaminophen	103
cefepime in dextrose,iso-osm	56	CHILDREN'S ALAWAY	103
cefixime	56	children's allergy (diphenhyd)	103
cefotetan	56	children's aspirin	103
cefoxitin	56	children's chest congestion	103
cefoxitin in dextrose, iso-osm	56	children's cough	103
cefpodoxime	57	children's cough dm er	103
cefprozil	57	CHILDREN'S DELSYM COUGH	103
ceftaroline fosamil	57	children's fever reducing	103
ceftazidime	57	children's giltuss cough-chest	103

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

children's mucinex cough	103	ciprofloxacin in 5 % dextrose	57
children's non-aspirin	103	citalopram	64
children's pain relief	103	citracal + d maximum	104
children's pain reliever	103	citracal regular	104
children's pain-fever relief	103	CITRACAL-D3 PETITES	104
children's probiotic	103	citrate of magnesia	104
children's saline nasal spray	103	CITROMA	104
CHILDREN'S SLEEP (MELATONIN)	104	CITRUCEL (SUCROSE)	104
children's wal-dryl allergy	104	CITRUCEL SUGAR FREE	104
childrens chewable probiotic	104	claravis	28
chld robitussin cough-chest dm	104	clarithromycin	57
CHLORAPREP CLEAR	104	CLARITIN	104
CHLORAPREP ONE STEP	104	CLARITIN REDITABS	104
CHLORHEXIDINE (BULK)	104	CLARITIN-D 12 HOUR	104
chlorhexidine gluconate	28, 104	CLARITIN-D 24 HOUR	104
chloroquine phosphate	76	CLASSIC PRENATAL	104
chlorpheniramine maleate	104	clear eyes natural tears	104
chlorpromazine	77	clearlax	104
chlortabs	104	clearshield sodium chlor flush	104
chlorthalidone	20	clindamycin hcl	57
cholecalciferol (vitamin d3)	104	clindamycin in 0.9 % sod chlor	57
cholestyramine (with sugar)	20	clindamycin in 5 % dextrose	57
cholestyramine light	20	clindamycin palmitate hcl	57
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	39	clindamycin pediatric	57
ciclodan	66	clindamycin phosphate	28, 57
ciclopirox	66	clindamycin-benzoyl peroxide	28
cidofovir	80	CLINICLEAN	104
cilostazol	88	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	83
CIMDUO	80	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	83
cimetidine	30	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	83
cimetidine hcl	30	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	83
cinacalcet	25	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	84
ciprofloxacin hcl	46, 57	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	84

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	84	colchicine	17
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	84	colestipol	20
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	84	colistin (colistimethate na)	57
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	84	COMBIGAN	46
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	84	COMBIPATCH	33
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	84	COMBIVENT RESPIMAT	92
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	84	COMETRIQ	69
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	84	comfort gel	105
CLINISOL SF 15 %	84	comfort gel extra strength	105
CLINOLIPID	84	complete allergy	105
clobazam	61	complete allergy medicine	105
clobetasol	28, 29	complete natal dha	84
clobetasol-emollient	29	complex b-100	105
clomipramine	64	compro	65
clonazepam	55	CONCEPTIONXR REPRODUCTIVE	105
clonidine	20	conjugated estrogens	33
clonidine hcl	20	constulose	30
clopidogrel	88	cool bottoms	105
clorazepate dipotassium	55	COPIKTRA	69
clotrimazole	66, 104	corn starch	105
clotrimazole 3 day	105	CORRECTOL	105
clotrimazole af	105	cortisone (hydrocortisone)	105
clotrimazole-3	105	cortisone with aloe	105
clotrimazole-7	105	cortizone-10	105
clotrimazole-betamethasone	66	cortizone-10 feminine itch	105
clozapine	77	cortizone-10 with aloe	105
COARTEM	76	COSENTYX	42
COBENFY	50	COSENTYX (2 SYRINGES)	42
COBENFY STARTER PACK	50	COSENTYX PEN	42
codeine-guaifenesin	105	COSENTYX PEN (2 PENS)	42
col-rite	105	COSENTYX UNOREADY PEN	42
COLACE	105	COTELLIC	69
COLACE 2-IN-1	105	cough dm er	105

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

cough syrup	105	DANYELZA	69
cough syrup dm	105	DANZITEN	69
cough-chest congestion dm	105	dapagliflozin	89
cranberry-probiotic(blend)-vitc	105	dapagliflozin-metformin	89
CREON	94	dapsone	67
CRESEMBA	66	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	42
cromolyn	46, 92	daptomycin	57
cryselle (28)	33	daptomycin in 0.9 % sod chlor	57
curae	105	darunavir	80
CURITY ALCOHOL SWABS	50	DARZALEX	69
CURITY GAUZE	50	DARZALEX FASPRO	69
cyanocobalamin (vitamin b-12)	105, 106	dasatinib	69
cyclobenzaprine	91	dasetta 1/35 (28)	33
cyclophosphamide	69	dasetta 7/7/7 (28)	33
cyclosporine	42, 47	DAURISMO	69
cyclosporine modified	42	daylogic acne foaming wash	106
CYRAMZA	69	daylogic acne treatment	106
cyred	33	daysee	33
cyred eq	33	deblitane	33
CYSTAGON	94	decara	106
CYSTARAN	47	decitabine	69
D			
d10 %-0.45 % sodium chloride	84	deep sea nasal	106
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	84	deferasirox	84
d3-2000	106	DELSTRIGO	80
d3-5000	106	DELSYM 12 HOUR	106
d5 % and 0.9 % sodium chloride	84	delsym cough-chest congest dm	106
d5 %-0.45 % sodium chloride	84	delta d3	106
dabigatran etexilate	88	DENGVAXIA (PF)	42
daily fiber (psyllium-sucrose)	106	DEPO-ESTRADIOL	33
danazol	33	DEPO-SUBQ PROVERA 104	33
dandruff shampoo (selen-aloe)	106	DERMACEA	50
dandruff shampoo (selenium)	106	dermacinrx dimopair	106
		dermacinrx skin repair complex	106

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

dermafungal	106	DIALYVITE CHEWABLE PROBIOTIC	106
DESCOVY	80	dialyvite vitamin d	106
desenex	106	diamode	106
desipramine	64	diazepam	55, 61
desloratadine	92	diazepam intensol	55
desmopressin	39	diazoxide	89
desog-e.estradiol/e.estradiol	33	dibucaine	106
desonide	29	diclofenac potassium	52
desvenlafaxine succinate	64	diclofenac sodium	29, 47, 52, 106
dexamethasone	39	dicloxacillin	58
dexamethasone intensol	39	dicyclomine	30
dexamethasone sodium phos (pf)	39	didanosine	80
dexamethasone sodium phosphate	39, 47	DIFFERIN	106
dexmethylphenidate	26	DIFICID	58
dextroamphetamine sulfate	26, 27	digoxin	20
dextroamphetamine-amphetamine	27	dihydroergotamine	18
dextromethorphan polistirex	106	DILANTIN	61
dextromethorphan-guaifenesin	106	dilt-xr	20
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	84	diltiazem hcl	20
dextrose 10 % in water (d10w)	84	dimenhydrinate	106
dextrose 20 % in water (d20w)	84	dimethicone	106
dextrose 25 % in water (d25w)	84	dimethyl fumarate	27
dextrose 30 % in water (d30w)	84	diphen	107
dextrose 40 % in water (d40w)	84	diphenhydramine hcl	92, 107
dextrose 5 % in water (d5w)	84	diphenoxylate-atropine	30
dextrose 5 %-lactated ringers	84	disulfiram	26
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	84	divalproex	61
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	84	dm max	107
dextrose 50 % in water (d50w)	85	docosanol	107
dextrose 70 % in water (d70w)	85	docuprene	107
diabetic tussin dm	106	docusate calcium	107
DIACOMIT	61	docusate sodium	107
dialyvite 800	106		

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

docuzen	107	dry mouth	107
dofetilide	20	DUAVEE	34
dok	107	DULCOLAX (BISACODYL)	107
dolishale	33	dulcolax (magnesium hydroxide)	107
donepezil	17	dulcolax stool softener (dss)	107
dorzolamide	47	duloxetine	27
dorzolamide-timolol	47	DUPIXENT PEN	42
dorzolamide-timolol (pf)	47	DUPIXENT SYRINGE	42, 43
dotti	34	DUREX AIR CONDOM	107
double antibiotic (b.tracn zn)	107	DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	107
double antibiotic-pain relief	107	DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM	107
DOVATO	80	DUREX TROPICAL CONDOM	107
doxazosin	20	dutasteride	32
doxepin	55	dutasteride-tamsulosin	32
doxercalciferol	25	DYNA-HEX	107
doxy-100	58	E	
doxycycline hyclate	58	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	50
doxycycline monohydrate	58	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	50
DRAMAMINE	107	EASYLIFE ALCOHOL PADS	51
dramamine (meclizine)	107	EC MATRIX	107
dramamine less drowsy	107	econtra ez	107
driminate	107	econtra one-step	107
DRIZALMA SPRINKLE	27	ecotrin low strength	107
dronabinol	65	ed chlorped jr	107
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50	EDURANT	80
DROPLET INSULIN SYRINGE	50	EDURANT PED	80
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	50	efavirenz	80
DROPLET PEN NEEDLE	50	efavirenz-emtricitabin-tenofov	80
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	50	efavirenz-lamivu-tenofov disop	80
DROPSAFE PEN NEEDLE	50	effaclar adapalene	108
drosiprenone-ethinyl estradiol	34	efferves pain relief antacid	108
DROXIA	50	electrolyte-148	85
dry eye relief	107	electrolyte-48 in d5w	85

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

electrolyte-a	85	endur-b complex	108
ELELYSO	94	enema	108
eletriptan	18	enema disposable	108
ELIGARD	40	ENGERIX-B (PF)	43
ELIGARD (3 MONTH)	40	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	43
ELIGARD (4 MONTH)	40	enilloring	34
ELIGARD (6 MONTH)	40	enoxaparin	88
elimest	34	enpresse	34
ELIQUIS	88	ENSACOVE	69
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	88	enskyce	34
ELIQUIS SPRINKLE	88	entacapone	19
ELMIRON	32	entecavir	81
eluryng	34	ENTRESTO SPRINKLE	21
EMCYT	69	enulose	30
EMERGEN-C	108	ENVARUSUS XR	43
EMERGEN-C IMMUNE PLUS	108	EPCLUSA	81
EMGALITY PEN	18	EPIDIOLEX	61
EMGALITY SYRINGE	18	epinephrine	92
EMPLICITI	69	epitol	61
EMSAM	64	EPRONTIA	61
emtricitra-rilpivirine-tenof df	81	ERBITUX	69
emtricitabine	81	ergocalciferol (vitamin d2)	108
emtricitabine-tenofovir (tdf)	81	ergotamine-caffeine	18
EMTRIVA	81	ERIVEDGE	69
emzahh	34	ERLEADA	69
enalapril maleate	20	erlotinib	69
enalapril-hydrochlorothiazide	21	errin	34
ENBREL	43	ertapenem	58
ENBREL MINI	43	ERYTHROCIN	58
ENBREL SURECLICK	43	erythromycin	47, 58
endit (zinc oxide)	108	erythromycin lactobionate	58
ENDOCET	52	erythromycin with ethanol	29
ENDOMETRIN	34	escitalopram oxalate	64

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

eslicarbazepine	61	ezetimibe	21
esomeprazole magnesium	30	ezetimibe-simvastatin	21
estarylla	34	F	
estradiol	34	falmina (28)	34
estradiol valerate	34	famciclovir	81
estradiol-norethindrone acet	34	famotidine	30, 108
ESTRING	34	famotidine (pf)	30
estronatural	108	FANAPT	77
eszopiclone	48	FANAPT TITRATION PACK A	77
ethambutol	67	FANAPT TITRATION PACK B	78
ethosuximide	61	FANAPT TITRATION PACK C	78
ethynodiol diac-eth estradiol	34	FANTASY CONDOM	108
etodolac	52	FARXIGA	89
etonogestrel-ethinyl estradiol	34	FASENRA PEN	93
etravirine	81	FC2 FEMALE CONDOM	108
EULEXIN	69	febuxostat	17
evac-u-gen (sennosides)	108	feirza	34
everolimus (antineoplastic)	69	felbamate	61
everolimus (immunosuppressive)	43	felodipine	21
EVOTAZ	81	fem moist andlub(glycerin-hec)	108
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH	108	FEMLYV	34
exemestane	70	fenesin dm ir	108
expectorant	108	fenofibrate	21
expectorant cough syrup	108	fenofibrate micronized	21
expectorant dm	108	fenofibrate nanocrystallized	21
extra pain relief	108	fenofibric acid	21
extraprin	108	fentanyl	53
EXXUA	64	feosol	108
eye allergy itch relief	108	ferate	108
eye allergy itch-redness rlf	108	ferosul	108
EYE ITCH RELIEF	108	ferrex 150	108
eyes alive	108	ferric x-150	108
EYSUVIS	47	ferro-time	108

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

ferrous gluconate	108	FLEET PEDIATRIC	109
ferrous sulfate	108, 109	floramax	109
fesoterodine	32	FLORANEX	109
FETZIMA	64	fluconazole	66
fever reducer	109	fluconazole in nacl (iso-osm)	66
FEVERALL	109	flucytosine	66
fexofenadine	109	fludrocortisone	39
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	89	flunisolide	93
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	89	fluocinolone	29
FIASP U-100 INSULIN	89	fluocinolone acetonide oil	17
fiber (psyllium husk-sugar)	109	fluocinolone and shower cap	29
fiber (with aspartame)	109	fluocinonide	29
fiber supplement(wheatdextrin)	109	fluorometholone	47
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	109	fluorouracil	29, 70
fiber therapy (psyllium-sucro)	109	fluoxetine	64
fiber therapy(psyl seed-sugar)	109	fluphenazine decanoate	78
fidaxomicin	58	fluphenazine hcl	78
finasteride	32	flurbiprofen	53
fingolimod	27	flurbiprofen sodium	47
FINTEPLA	61	fluticasone propion-salmeterol	93
FIRMAGON	40	fluticasone propionate	29, 93
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	40	fluvastatin	21
first aid antibiotic	109	fluvoxamine	64
first aid antibiotic-pain rlf	109	foaming acne face wash	109
first aid antiseptic(povidone)	109	foaming antacid	109
flanax (naproxen)	109	folic acid	109
flavor chews antacid	109	FOLIKA-BC	109
flecainide	21	foot and sneaker	109
fleet bisacodyl	109	for sty relief	109
fleet docusate	109	FORTEO	25
FLEET ENEMA	109	fosamprenavir	81
FLEET ENEMA EXTRA	109	fosfomycin tromethamine	58
fleet glycerin (adult)	109	fosinopril	21

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

fosinopril-hydrochlorothiazide	21	gemfibrozil	21
fosphenytoin	61	GEMTESA	32
FOTIVDA	70	generlac	31
freshkote	110	gentamicin	47, 58
fruit c-500	110	gentamicin in nacl (iso-osm)	58
FRUZAQLA	70	gentamicin sulfate (ped) (pf)	58
furosemide	21	genteal tears mild	110
FUZEON	81	GENTEAL TEARS MODERATE	110
FYCOMPA	61	GENTEAL TEARS MODERATE (PF)	110
G			
g tussin ac	110	GENTEAL TEARS SEVERE GEL	110
g-fenesin dm	110	GENTEAL TEARS SEVERE GEL DROPS	110
gabapentin	61	GENTEAL TEARS SEVERE(PETROLAT)	110
galantamine	17	gentle laxative (bisacodyl)	110
gallifrey	34	gentle laxative (mag hydrox)	110
GAMUNEX-C	43	gentlelax	110
GARDASIL 9 (PF)	43	GENVOYA	81
gas relief (simethicone)	110	geri-dryl	110
gas relief ultra strength	110	geri-kot	110
gas-x ultra-strength	110	geri-lanta	110
gatifloxacin	47	geri-mox antacid-antigas	110
GAUZE BANDAGE	51	geri-tussin	110
GAUZE PAD	51	geri-tussin dm	110
gavilax	110	GILOTRIF	70
gavilyte-c	30	giltuss cough-congestion	110
gavilyte-g	30	giltuss diabetic	110
gavilyte-n	30	giltuss hbp	110
GAVISCON	110	glatiramer	27
GAVISCON EXTRA STRENGTH	110	glatopa	27
GAVRETO	70	GLEOSTINE	70
GAZYVA	70	glimepiride	89
gefitinib	70	glipizide	89
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS	110	glipizide-metformin	89
		glucose	110

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

glucose gel	110	headache relief (asa-acet-caf)	111
glutamine (sickle cell)	31	healthylax	111
glutose-15	110	heartburn antacid	111
glutose-45	111	heartburn prevention	111
glutose-5	111	heartburn relief	111
glycerin (adult)	111	heartburn relief (famotidine)	111
glycerin (child)	111	heather	34
GLYCOPHOS	85	hemorrhoid	111
glycopyrrolate	31	hemorrhoidal	111
GLYXAMBI	89	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa)	111
GOMEKLI	70	HEMORRHOIDAL (PHENYLEPH-FAT)	111
granisetron hcl	65	hemorrhoidal (witch hazel)	111
griseofulvin microsize	66	hemorrhoidal hygiene	111
griseofulvin ultramicrosize	67	hemorrhoidal-analgesic	111
guaiasorb dm	111	heparin (porcine)	88
guaifenesin	111	heparin lock flush (porcine)	111
guaifenesin ac	111	heparin lockflush(porcine)(pf)	111
guaifenesin-dm	111	heparin, porcine (pf)	88
guanfacine	21, 27	HEPLISAV-B (PF)	43
GYNE-LOTRIMIN	111	her style	111
gyne-lotrimin 7	111	HERNEXEOS	70
H			
HAEGARDA	43	hi-cal plus vit d	111
hailey	34	HIBERIX (PF)	43
hailey 24 fe	34	HIBICLENS	111
hailey fe 1.5/30 (28)	34	HUMIRA	43
hailey fe 1/20 (28)	34	HUMIRA PEN	43
haloette	34	HUMIRA(CF)	43
haloperidol	78	HUMIRA(CF) PEN	43
haloperidol decanoate	78	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	43
haloperidol lactate	78	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	43
hand wash	111	HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	89
HAVRIX (PF)	43	HYCODAN (WITH HOMATROPINE)	111
		hydralazine	21

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

hydrochlorothiazide	21	iferex 150	112
HYDROCIL	111	ILEVRO	47
hydrocodone-acetaminophen	53	imatinib	70
hydrocodone-chlorpheniramine	111	IMBRUVICA	70
hydrocodone-ibuprofen	53	IMFINZI	70
hydrocortisone	25, 29, 111,	imipenem-cilastatin	58
.....	112	imipramine hcl	64
hydrocortisone acetate	112	imiquimod	29
hydrocortisone butyrate	29	IMJUDO	70
hydrocortisone plus	112	IMKELDI	70
hydrocortisone-acetic acid	17	IMODIUM A-D	112
hydrocortisone-aloe vera	112	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	43
hydrocream	112	IMPAVIDO	76
hydromet	112	incassia	34
hydromorphone	53	INCONTROL ALCOHOL PADS	51
hydroxocobalamin	112	INCRELEX	39
hydroxychloroquine	76	indapamide	21
hydroxyurea	70	indomethacin	53
hydroxyzine hcl	55	INFANRIX (DTAP) (PF)	43
hydroxyzine pamoate	93	infant fever reducer-pain relf	112
hyper-sal	112	infant pain reliever	112
HYRNUO	70	infant's acetaminophen	112
		infants' pain and fever	112
		infants' pain relief	112
		INFUVITE ADULT	112
		INFUVITE PEDIATRIC	112
		INLEXZO	70
		INLURIYO	70
		INLYTA	70, 71
		INQOVI	71
		INREBIC	71
		INSULIN ASPART U-100	89
		INSULIN LISPRO	90

I

i-prin	112
ibandronate	25
IBRANCE	70
IBTROZI	70
ibu	53
ibuprofen	53, 112
icatibant	43
iclevia	34
ICLUSIG	70
IDHIFA	70

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

INSULIN SYRINGE MICROFINE	51	itraconazole	67
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	51	IV PREP WIPES	51
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	51	ivabradine	22
INTELENCE	81	ivermectin	76
INTRALIPID	85	IWILFIN	71
introvale	35	IXIARO (PF)	43
INVEGA HAFYERA	78	J	
INVEGA SUSTENNA	78	jaimiess	35
INVEGA TRINZA	78	JAKAFI	71
inzo antifungal	112	jantoven	88
IONOSOL-MB IN D5W	85	JANUMET	90
IPOL	43	JANUMET XR	90
ipratropium bromide	93	JANUVIA	90
ipratropium-albuterol	93	JARDIANCE	90
irbesartan	21	JARRO-DOPHILUS DIGEST SURE	112
irbesartan-hydrochlorothiazide	21	JARRO-DOPHILUS KIDS	112
iron	112	jasmiel (28)	35
iron (ferrous sulfate)	112	JAYPIRCA	71
ISENTRESS	81	JEMPERLI	71
ISENTRESS HD	81	jencycla	35
isibloom	35	JENTADUETO	90
ISOLYTE S PH 7.4	85	JENTADUETO XR	90
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	85	jock itch	112
ISOLYTE-S	85	jock itch (clotrimazole)	112
isoniazid	67	jock itch (terbinafine)	112
isosorbide dinitrate	21	JOINT HEALTH-BONE STRENGTH	112
isosorbide mononitrate	21	juleber	35
isosorbide-hydralazine	22	julie	113
isotretinoin	29	JULUCA	81
itch relief (clotrimazole)	112	junel 1.5/30 (21)	35
itch relief (hc)	112	junel 1/20 (21)	35
itch relief (hc) with aloe	112	junel fe 1.5/30 (28)	35
ITOVEBI	71	junel fe 1/20 (28)	35

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

junel fe 24	35	kionex	85
JYLAMVO	43	KISQALI	71
JYNARQUE	85	KISQALI FEMARA CO-PACK	71
JYNNEOS (PF)	44	klayesta	67
K			
k-y lubricating	113	klor-con 10	85
KABIVEN	85	klor-con 8	85
KALA	113	klor-con m10	85
KALETRA	81	KLOR-CON M15	85
kalliga	35	klor-con m20	85
KANJINTI	71	KLOXXADO	26
kariva (28)	35	kobee	113
kelnor 1/35 (28)	35	KOMZIFTI	71
kelnor 1/50 (28)	35	konsyl (sugar)	113
KERENDIA	22	KOSELUGO	71
KESIMPTA PEN	27	KPN	113
ketoconazole	67	KRAZATI	71
ketorolac	47, 53	kurvelo (28)	35
ketotifen fumarate	113	L	
KEYTRUDA	71	l norgest/e.estradiol-e.estrad	35
KEYTRUDA QLEX	71	l-arginine(alpha-ketoglutarat)	113
kids melatonin	113	labetalol	22
kids vitamin d3	113	lacosamide	61
KIMONO LUBRICATED CONDOMS	113	lactated ringers	85
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	113	lactobac acidoph-fructooligos	113
KIMONO MICROTHIN CONDOMS	113	lactobacillus acidoph-l.bulgar	113
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	113	lactobacillus acidophilus	113
KIMONO TEXTURED CONDOMS	113	lactulose	31
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	113	LAMISIL AT	113
kindarmed infants pain-fever	113	lamivudine	81
kindarmed kids cough-congest	113	lamivudine-zidovudine	81
kindarmed kids pain-fever	113	lamotrigine	61
KINRIX (PF)	44	LAMPIT	76
		lanreotide	40

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

lansoprazole	31	LEVO-T	40
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	90	levobunolol	47
LANTUS U-100 INSULIN	90	levocarnitine	85
lapatinib	71	levocarnitine (with sugar)	85
larin 1.5/30 (21)	35	levocetirizine	93
larin 1/20 (21)	35	levofloxacin	58
larin 24 fe	35	levofloxacin in d5w	58
larin fe 1.5/30 (28)	35	levoleucovorin calcium	72
larin fe 1/20 (28)	35	levomefolate calcium	113
latanoprost	47	levonest (28)	35
lax stool softener with senna	113	levonorg-eth estrad triphasic	35
laxa basic	113	levonorgestrel	113
laxacin	113	levonorgestrel-ethinyl estrad	35
laxaclear	113	levora-28	35
laxative (bisacodyl)	113	levothyroxine	40
laxative (sennosides)	113	LEVOXYL	40
laxative peg 3350	113	LIBERVANT	62
laxative pills	113	LIBTAYO	72
laxative pills regular	113	lice killing	114
LAZCLUZE	71	lice killing (permethrin)	114
leena 28	35	lice pyrinyl shampoo	114
leflunomide	44	lice treatment	114
lenalidomide	71	lice treatment (permethrin)	114
LENVIMA	71	lidocaine	54, 114
lessina	35	lidocaine hcl	54
letrozole	71	lidocaine-epinephrine	54
leucovorin calcium	72	lidocaine-prilocaine	54
LEUKERAN	72	lidocaine-transparent dressing	114
leuprolide	41	lidoheal-90	114
leuprolide acetate (3 month)	41	lidoreal-30	114
levalbuterol tartrate	93	LIFYORLI	72
levetiracetam	61, 62	linagliptin-metformin	90
levetiracetam in nacl (iso-os)	62	linezolid	58

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

linezolid in dextrose 5%	58	loratadine	114
linezolid-0.9% sodium chloride	58	loratadine-d	114
lintera	114	lorazepam	55
LINZESS	31	lorazepam intensol.....	55
liomny	40	LORBRENA	72
liothyronine	40	LORID	114
liquid antacid	114	loryna (28)	36
liquid b-12	114	losartan	22
liquid calcium with vitamin d	114	losartan-hydrochlorothiazide	22
lisinopril	22	LOTEMAX SM	47
lisinopril-hydrochlorothiazide	22	loteprednol etabonate	47
lithium carbonate	48	lotrimin af	114
lithium citrate	48	LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE)	114
little remedies	114	lovastatin	22
little remedies fever and pain	114	low-ogestrel (28)	36
little remedies saline	114	loxapine succinate	78
LIVTENCITY	81	lubiprostone	31
lo-zumandimine (28)	35	lubricant eye	114
LOCOID LIPOCREAM	29	lubricant eye (cmc-glycer)(pf)	114
LOESTRIN 1.5/30 (21)	35	lubricant eye (cmc-glycerin)	114
LOESTRIN 1/20 (21)	35	lubricant eye (pg-peg 400)	114
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	35	lubricant eye (pg-peg 400)(pf)	114
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	36	lubricant eye (propyl glycol)	114
lojaimiess	36	lubricant eye drops	114
LOKELMA	85	lubricants	115
lomustine	72	lubricating jelly (chlorhexid)	115
LONSURF	72	lubricating plus	115
loperamide	31, 114	lubrifresh pm	115
lopinavir-ritonavir	81	luizza	36
LOQTORZI	72	LUMAKRAS	72
loradamed	114	LUMIGAN	47
lorata-d	114	LUPRON DEPOT	41
lorata-dine d	114	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	41

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

lurasidone	78	MARPLAN	64
lurbipr	53	MATULANE	72
lutera (28)	36	max sleep junior	115
LUTRATE DEPOT (3 MONTH)	41	maxallergy kids	115
LYBALVI	78	maxi-tuss ac	115
lyleq	36	maxi-tuss g	115
lyllana	36	maxrelief junior	115
LYNPARZA	72	maxtussin	115
LYSODREN	72	maxtussin dm	115
LYTGOBI	72	meclizine	65, 115
lyza	36	medi-meclizine	115
M			
m-dryl	115	MEDI-PADS	115
M-M-R II (PF)	44	medicated pads	115
m-natal plus	85	medicated wipes	115
m-pap	115	mediproxen	115
MAALOX ADVANCED	115	medroxyprogesterone	36
maalox maximum strength	115	mefloquine	76
MAD NASAL ATOMIZER-1 ML SYRING	115	megestrol	36
mag-al plus	115	MEKINIST	72
mag-al plus extra strength	115	MEKTOVI	72
MAGNEBIND 300	115	melatonin	115
magnesium citrate	115	melatonin-lemon balm leaf extr	116
magnesium hydroxide	115	melatonin-pyridoxine hcl (b6)	116
magnesium oxide	115	meleya	36
magnesium sulfate	85	meloxicam	53
magnesium sulfate in d5w	85	memantine	17
magnesium sulfate in water	85	MENEST	36
malathion	29	menopause support	116
mapap (acetaminophen)	115	MENQUADFI (PF)	44
maraviroc	81	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	44
MARGENZA	72	mercaptopurine	72
marlissa (28)	36	meropenem	59
		meropenem-0.9% sodium chloride	59

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).
Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



mesalamine	25, 26	mgo	116
mesna	72	micafungin	67
META APPETITE CTRL (ASPARTAME)	116	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	67
METAMUCIL	116	micatin	116
metamucil (sugar)	116	miconazole nitrate	116
METAMUCIL (WITH SUGAR)	116	miconazole-3	67, 116
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR)	116	miconazole-3 prefil,cream,wipe	116
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	116	miconazole-7	116
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	116	miconazorb af	116
metamucil sunrise	116	micotrin ac	116
metformin	90	micotrin ap	116
methadone	53	micro-guard	116
methadone intensol	53	microdot glucose gel	116
methazolamide	47	microgestin 1.5/30 (21)	36
methenamine hippurate	59	microgestin 1/20 (21)	36
methimazole	41	microgestin fe 1.5/30 (28)	36
methocarbamol	91	microgestin fe 1/20 (28)	36
methotrexate sodium	44	midodrine	22
methotrexate sodium (pf)	44	mifepristone	51
methsuximide	62	migraine formula	116
methyl dopa	22	migraine relief	116
methylphenidate hcl	27	mili	36
methylprednisolone	39	milk of magnesia	116
methylprednisolone acetate	39	milk of magnesia concentrated	116
methylprednisolone sodium succ	39	mimvey	36
metoclopramide hcl	65	MINI PRENATAL	116
metolazone	22	minocycline	59
metoprolol succinate	22	minoxidil	22
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22	mintox maximum strength	116
metoprolol tartrate	22	mintox plus	116
metronidazole	59	MIRALAX	116
metronidazole in nacl (iso-os)	59	MIRENA	51
metyrosine	22	mirtazapine	64

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.
Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



misoprostol	31	mucinex fast-max kick cong-cgh	117
mitomycin	72	mucosa dm	117
mix-in laxative	117	mucus relief dm	117
modafinil	48	mucus relief dm cough	117
MODEYSO	72	mucus relief dm max	117
moexipril	22	mucus relief er	117
molindone	78	MUCUS-CHEST CONGESTION	117
mometasone	29, 93	mucus-er max	117
mondoxyne nl	59	MULTAQ	22
monistat 1 (tioconazole)	117	multi antibiotic plus	117
MONISTAT 1 COMBO PACK	117	multihealth fiber	117
monistat 3	117	multihealth fiber (sugar)	117
MONISTAT 7	117	MULTIVITAMIN-ZINC-STRESS	117
monistat care (hydrocortisone)	117	mupirocin	29
mono-lynyah	36	MVASI	72
montelukast	93	my choice	117
morphine	53	my way	117
morphine concentrate	53	mycophenolate mofetil	44
motion sickness	117	mycophenolate mofetil (hcl)	44
motion sickness (meclizine)	117	mycophenolate sodium	44
motion sickness relief	117	mycozyl ac	117
motion sickness relief(mecliz)	117	mycozyl ap	117
motion-time	117	myferon 150	117
motrin arthritis pain	117	mylanta maximum strength	118
MOTRIN IB	117	MYRBETRIQ	32
MOUNJARO	90	N	
MOVANTIK	31	nabumetone	54
move it along	117	nadolol	22
moxifloxacin	47, 59	nafcillin	59
moxifloxacin-sod.chloride(iso)	59	nafcillin in dextrose iso-osm	59
MRESVIA (PF)	44	naloxone	26, 118
MUCINEX	117	naltrexone	26
mucinex fast-max dm max	117	NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	51

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

NANO PEN NEEDLE	51	neosporin (neo-bac-polym)	118
naproxen	54	neosporin plus burn relief	118
naproxen sodium	54, 118	NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF	118
naramin	118	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	118
naratriptan	18	NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR	118
NARCAN	118	NERLYNX.....	73
nasal moisturizing	118	neutraphor	118
nasal spray (sodium chloride)	118	nevirapine	81, 82
NATACYN	47	new day	118
NATAZIA	36	NEXLETOL	22
nateglinide	90	NEXLIZET	22
natura-lax	118	NEXPLANON	36
natural daily fiber	118	niacin	22, 118
natural fiber laxative (sugar)	118	niacin (inositol niacinate)	118
natural fiber laxative(aspart)	118	niacinamide	118
natural senna laxative	118	niacor	22
natural tears (pf)	118	NICODERM CQ.....	118
natural veg laxative(sennosid)	118	NICORETTE	118
NAYZILAM	62	nicotine	118, 119
nebivolol.....	22	nicotine (polacrilex)	119
nebusal	118	NICOTROL NS	26
necon 0.5/35 (28)	36	nifedipine	22, 23
nefazodone	65	nighttime allergy relief	119
neo-vital rx	85	nighttime dry-eye relief.....	119
neomycin	59	nighttime sleep aid (diphen)	119
neomycin-bacitracin-poly-hc	47	nikki (28).....	36
neomycin-bacitracin-polymyxin	47	nilotinib d-tartrate	73
neomycin-polymyxin b-dexameth	47	nilotinib hcl	73
neomycin-polymyxin-gramicidin	47	nilutamide	73
neomycin-polymyxin-hc	17, 47	nimodipine	23
NEONATAL COMPLETE	86	NINLARO	73
NEONATAL PLUS VITAMIN	86	nintedanib	93
NEONATAL-DHA	86	nitazoxanide	76

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

nitisinone	94	NOVOLIN R FLEXPEN	90
nitrofurantoin macrocrystal	59	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	90
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	59	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	90
nitroglycerin	23, 51	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	90
NIVESTYM	88	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	90
NIX CREME RINSE	119	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	90
nizatidine	31	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	90
noble formula hc	119	NOVOPEN ECHO	51
non-aspirin	119	np thyroid	40
NORA-BE	36	NU-IRON	119
norelgestromin-ethin.estradiol	36	NUBEQA	73
noreth-ethinyl estradiol-iron	36	NUCALA	93
norethindrone (contraceptive)	36	NUEDEXTA	27
norethindrone ac-eth estradiol	37	NUPERCAINAL	119
norethindrone acetate	37	NUPLAZID	78
norethindrone-e.estradiol-iron	37	nusyllium	119
norgestimate-ethinyl estradiol	37	NUTRILIPID	86
normal saline flush	119	nyamyc	67
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	86	nylia 1/35 (28)	37
NORMOSOL-R	86	nylia 7/7/7 (28)	37
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	86	nystatin	67
NORMOSOL-R PH 7.4	86	nystatin-triamcinolone	67
nortemp	119	nystop	67
nortrel 0.5/35 (28)	37	nytol	119
nortrel 1/35 (21)	37		
nortrel 1/35 (28)	37	0	
nortrel 7/7/7 (28)	37	ocella	37
nortriptyline	65	octreotide acetate	41
NORVIR	82	octreotide,microspheres	41
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	90	ODEFSEY	82
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	90	ODOMZO	73
NOVOLIN N FLEXPEN	90	odor control foot-sneaker	119
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	90	ofloxacin	17, 47, 59
		OGSIVEO	73

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

OJEMDA	73	onelax fiber (with sucrose)	119
OJJAARA	73	onelax magnesium citrate	119
olanzapine	78	onelax senna	119
olmesartan	23	onevite calcium-d3	119
olmesartan-amlodipin-hcthiazyd	23	ONUREG	73
olmesartan-hydrochlorothiazide	23	opcicon one-step	119
olopatadine	119	OPDIVO	73
omega-3 acid ethyl esters	23	OPDIVO QVANTIG	73
omeprazole	31	OPDUALAG	73
OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	51	OPILL	119
OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	51	OPIPZA	79
OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	51	OPSUMIT	93
OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	51	optimal d3	119
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51	option-2	119
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51	OPVEE	26
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51	oral relief dry mouth	119
OMNIPOD GO PODS	51	ORAZINC	119
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	51	ORGOVYX	73
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	51	orquidea	37
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	51	ORSERDU	73
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	51	ORTHO-TABS	119
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	51	oseltamivir	82
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	51	OTULFI	44
OMNITROPE	39	overnight lubricating eye	120
ondansetron	65	oxacillin	59
ondansetron hcl	66	oxacillin in dextrose(iso-osm)	59
ondansetron hcl (pf)	66	oxcarbazepine	62
ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA	119	oxybutynin chloride	32
one daily prenatal	119	oxycodone	54
one natal rx	86	oxycodone-acetaminophen	54
ONE-A-DAY PRENATAL-1	119	oysco 500/d	120
onelax bisacodyl	119	oyster shell + d3	120
onelax docusate sodium	119	oyster shell calcium	120

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

oyster shell calcium 500	120	penicillamine	86
oyster shell calcium-vit d3	120	penicillin g pot in dextrose	59
oystercal-d	120	penicillin g potassium	59
OZEMPIC	91	penicillin g sodium	59
P			
p-col rite	120	penicillin v potassium	59
PACERONE	23	PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	44
pain relief (acetaminophen)	120	PENTACEL (PF)	44
pain relief (ibuprofen)	120	pentamidine	76, 77
pain reliever (acetam-aspirin)	120	pentoxifylline	23
pain reliever (acetaminophen)	120	PEPCID AC	120
pain reliever plus	120	perampanel	62
pain-off	120	perdiem overnight relief	120
paliperidone	79	PERIKABIVEN	86
panoxyl	120	perindopril erbumine	23
PANRETIN	73	periogard	28
pantoprazole	31	PERJETA	73
pantoprazole in 0.9% sod chlor	31	permethrin	29
paricalcitol	25	perphenazine	79
paroxetine hcl	65	PERSA-GEL	120
PATADAY ONCE DAILY RELIEF	120	personal lubricating jelly	120
PATADAY TWICE DAILY RELIEF	120	pharbechlor	120
PAXLOVID	82	pharbedryl	120
pazopanib	73	pharbetol	120
PEDIARIX (PF)	44	pharbinex-dm	120
pediatric enema	120	PHAZYME	120
PEDVAX HIB (PF)	44	phenazopyridine	120
peg 3350-electrolytes	31	phenelzine	65
peg-electrolyte soln	31	phenobarbital	62
PEGASYS	44	phenytoin	62
PEMAZYRE	73	phenytoin sodium	62
PEN NEEDLE, DIABETIC	51	phenytoin sodium extended	62
PENBRAYA (PF)	44	philith	37
		PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	120

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

phillips' liqui-gels	120	posaconazole	67
phytonadione (vitamin k1)	120	potassium acetate	86
PIFELTRO	82	potassium chlorid-d5-0.45%nacl	86
pilocarpine hcl	28, 47	potassium chloride	86
pimecrolimus	29	potassium chloride in 0.9%nacl	86
pimozide	79	potassium chloride in 5 % dex	86
pimtrea (28)	37	potassium chloride in lr-d5	86
pioglitazone	91	potassium chloride in water	86
pioglitazone-metformin	91	potassium chloride-0.45 % nacl	86
piperacillin-tazobactam	59	potassium chloride-d5-0.2%nacl	86
PIQRAY	73	potassium chloride-d5-0.9%nacl	86
pirfenidone	93	potassium citrate	86
piroxicam	54	POTELIGEO	73
PLAN B ONE-STEP	121	povidone-iodine	121
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	86	powderlax	121
PLASMA-LYTE A	86	pr natal 400	87
PLENAMINE	86	pr natal 400 ec	87
pnv no.95-ferrous fumarate-fa	121	pr natal 430	87
podofilox	30	pr natal 430 ec	87
polocaine	54	pramipexole	19
polocaine-mpf	54	prasugrel hcl	88
poly bacitracin (zinc)	121	pravastatin	23
poly-iron	121	praziquantel	77
polycin	48	prazosin	23
polyethylene glycol 3350	121	pre-moistened medicated wipes	121
polymyxin b sulf-trimethoprim	48	prednisolone	39
polymyxin b sulfate	59	prednisolone acetate	48
polysaccharide iron complex	121	prednisolone sodium phosphate	39, 48
POLYSPORIN	121	prednisone	39
polyvinyl alcohol	121	prednisone intensol	39
pomalidomide	73	pregabalin	27
portia 28	37	PREMARIN	37
PORTRAZZA	73	PREMASOL 10 %	87

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

PRENATA	87	PRIMSOL	59
PRENATABS FA	87	PRIORIX (PF)	44
prenatal	121	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	51
prenatal + dha	121	PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	51
prenatal complete	121	probenecid	17
prenatal formula	121	probenecid-colchicine	17
PRENATAL FORMULA-DHA	121	probiotic acidophilus (4 strn)	122
prenatal multi	121	probiotic colon support	122
prenatal multi-dha (algal oil)	121	prochlorperazine	66
prenatal multi-dha(with vit k)	121	prochlorperazine edisylate	66
prenatal multivitamins	121	prochlorperazine maleate	66
prenatal one daily	121	procto-med hc	30
prenatal plus (calcium carb)	87	proctosol hc	30
prenatal plus vitamin-mineral	87	proctozone-hc	30
prenatal tablet	121	progesterone	37
prenatal vit no.179-iron-folic	121	progesterone micronized	37
prenatal vit-iron fum-folic ac	121	PROGRAF	44
prenatal vitamin	121	PROLIA	25
prenatal vitamin plus low iron	121	PROMACTA	88
prenatal vitamin with minerals	121	promethazine	66
PRENATE ELITE	87	promethazine-codeine	122
PREPARATION H	121	promethazine-dm	122
preparation h (pe)	121	promolaxin	122
preparation h (witch hazel)	121	propafenone	23
preparation h hydrocortisone	122	propranolol	23
PREPARATION H(PE,CB)	122	propylthiouracil	41
prevalite	23	PROQUAD (PF)	44
PREVYMIS	82	PROSOL 20 %	87
PREZCOBIX	82	protriptyline	65
PREZISTA	82	psyllium husk (with sugar)	122
PRIFTIN	67	pulmosal	122
primaquine	77	PULMOZYME	93
primidone	62	pure and gentle (saline)	122

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

PURE COMFORT ALCOHOL PADS	51	readyprep pvp	122
pure l-citrulline	122	reclipsen (28)	37
purelax	122	RECOMBIVAX HB (PF)	44, 45
purevita folic acid	122	refenesen dm	122
purevita vitamin d3	122	REFRESH CELLUVISC	122
PURIXAN	73	REFRESH CLASSIC (PF)	122
pvp prep	122	REFRESH DIGITAL	122
pyrazinamide	68	REFRESH DIGITAL PF	122
pyridostigmine bromide	18	REFRESH LACRI-LUBE	122
pyridoxine (vitamin b6)	122	REFRESH LIQUIGEL	122
pyrimethamine	77	REFRESH OPTIVE	122
Q			
QINLOCK	73	REFRESH OPTIVE ADVANCED	122
QUADRACEL (PF)	44	REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF)	122
quetiapine	79	REFRESH OPTIVE MEGA-3 (PF)	122
quinapril	23	REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF)	123
quinapril-hydrochlorothiazide	23	REFRESH P.M.	123
quinidine sulfate	23	REFRESH PLUS	123
quinine sulfate	77	REFRESH RELIEVA	123
quit 2	122	REFRESH RELIEVA PF	123
quit 4	122	REFRESH TEARS	123
QULIPTA	18	REFRESH TEARS PF	123
R			
RABAVERT (PF)	44	reguloid (aspartame)	123
rabeprazole	31	reguloid (psyllium husk-sucro)	123
RALDESY	65	RELENZA DISKHALER	82
raloxifene	37	REMEDY ANTIFUNGAL	123
ramelteon	48	remedy phytoplex antifungal	123
ramipril	23	RENAL MULTIVITAMIN	123
ranolazine	23	repaglinide	91
rasagiline	19	REPATHA PUSHTRONEX	23
ready-to-use enema	122	REPATHA SURECLICK	23
READYPREP CHG	122	REPATHA SYRINGE	23
		RESPA-AR	123
		rest simply nighttime sleep	123

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

restore plus (cmcellulose)	123	ritonavir	82
restore pm	123	rivaroxaban	88
RETACRIT	88	rivastigmine	17
retaine allergy	123	rivastigmine tartrate	17
retaine cmc	123	rizatriptan	18
retaine pm	123	robafen dm	123
RETEVMO	74	robitussin cough-chest cong dm	123
RETROVIR	82	robitussin er	123
REVCovi	94	robitussin honey max dm	123
REVUFORJ	74	ROCKLATAN	48
REXTOVY	26	roflumilast	93
REXULTI	79	ROMVIMZA	74
REYATAZ	82	ropinirole	19
REZDIFFRA	51	ropivacaine (pf)	54
REZLIDHIA	74	rosuvastatin	23
RHOPRESSA	48	ROTARIX	45
RIABNI	74	ROTATEQ VACCINE	45
ribavirin	82	roweepra	62
rid lice killing	123	ROZLYTREK	74
rifabutin	68	RUBRACA	74
rifampin	68	rufinamide	62
rilpivirine hcl	82	RUKOBIA	82
riluzole	27	RUXIENCE	74
rimantadine	82	RYBELSUS	91
ringer's	87	RYBREVANT	74
ringworm	123	RYBREVANT FASPRO	74
RINVOQ	45	RYDAPT	74
RINVOQ LQ	45		
RISA-BID	123		
risedronate	25		
RISPERDAL CONSTA	79		
risperidone	79		
risperidone microspheres	79		

S

sacubitril-valsartan	23
safe tussin dm	123
sajazir	45
saline mist	123
saline nasal	123

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

saline nasal mist	123	SENOKOT-S	124
saline nose	123	sentia	124
SANDIMMUNE	45	sertraline	65
SANDOSTATIN LAR DEPOT	41	setlakin	37
SANTYL	30	sharobel	37
sapropterin	94	SHINGRIX (PF)	45
SARCLISA	74	SIGNIFOR	41
SCEMBLIX	74	sildenafil (pulm.hypertension)	93
scopolamine base	66	silodosin	32
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	123	silver sulfadiazine	30
SCRUB CARE EXIDINE	123	SIMBRINZA	48
scrub care povidone iodine	123	simethicone	124
SCRUB CHLORHEXIDINE GLUCONATE	124	SIMILAC PRENATAL	124
se-natal 19 chewable	87	simliya (28)	37
SECUADO	79	simpesse	37
secura antifungal extra thick	124	simply sleep	124
secura dimethicone	124	simvastatin	24
selegiline hcl	19	sirolimus	45
selenium sulfide	30	SIRTURO	68
selsun blue	124	sitagliptin phos-metformin	91
selsun blue 2-in-1	124	skin protectant a and d	124
selsun blue moisturizing	124	skin protectant a-d (pet, lan)	124
SELZENTRY	82	SKYRIZI	45
senexon-s	124	sleep aid (diphenhydramine)	124
senna	124	sleep ii	124
senna lax	124	sleep tablet (diphenhydramine)	124
senna laxative	124	SLEEP-TABS	124
senna plus	124	SMOFLIPID	87
senna-s	124	smooth antacid	124
senna-time s	124	smooth texture fiber	124
sennosides	124	smoothlax	124
sennosides-docusate sodium	124	sodium bicarbonate	87, 124
SENOKOT	124	sodium chlor 0.9% bacteriostat	124

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

sodium chloride	52, 87, 124,	SPIRIVA WITH HANDIHALER	93
.....	125	spironolacton-hydrochlorothiaz	24
sodium chloride 0.45 %	87	spironolactone	24
sodium chloride 0.9 %	87	sprintec (28)	37
sodium chloride 0.9 % (flush)	125	SPRITAM	62
sodium chloride 3 % hypertonic	87	SPS (WITH SORBITOL)	87
sodium chloride 5 % hypertonic	87	sronyx	37
sodium oxybate	48	SSD	30
sodium phenylbutyrate	94	st joseph aspirin	125
sodium phosphate	87	st. joseph aspirin	125
sodium polystyrene sulfonate	87	stavudine	82
sodium,potassium,mag sulfates	31	STELARA	45
solifenacin	32	sterile saline	125
SOLQUA 100/33	91	stimulant laxative plus	125
SOLTAMOX	74	STIOLTO RESPIMAT	93
SOLU-MEDROL	39	STIVARGA	74
SOLU-MEDROL (PF)	40	stool softener	125
SOMAVERT	41	stool softener (docusate cal)	125
sominex	125	stool softener-laxative	125
SOOTHE AND COOL INZO BARRIER	125	stool softener-stimulant laxat	125
SOOTHE HYDRATION	125	stop smoking aid	125
SOOTHE NIGHT TIME LUBRICANT	125	strawberry c	125
soothe xp	125	STRENSIQ	94
SOOTHE XP (PF)	125	streptomycin	59
soothing pureway-c	125	STRESS FORMULA WITH IRON	125
sorafenib	74	STRESS FORMULA WITH IRON(SULF)	125
SORBITOL	125	STRIBILD	82
sorbitol-mannitol	52	STRIVERDI RESPIMAT	93
sorbugen nr	125	STUART ONE	125
SORBUTUSS	125	stye (pva-povidone)	125
sotalol	24	STYE LUBRICANT	125
sotalol af	24	SUBVENITE	62, 63
SPIRIVA RESPIMAT	93	subvenite starter (blue) kit	63

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

subvenite starter (green) kit	63	SYSTANE BALANCE	126
subvenite starter (orange) kit	63	SYSTANE COMPLETE	126
sucralfate	31	SYSTANE GEL	126
SUFLAVE	31	SYSTANE HYDRATION (PF)	126
sulfacetamide sodium	48, 59	SYSTANE NIGHTTIME	126
sulfacetamide sodium (acne)	59	SYSTANE ULTRA	126
sulfacetamide-prednisolone	48	SYSTANE ULTRA (PF)	126
sulfadiazine	60	T	
sulfamethoxazole-trimethoprim	60	TABLOID	74
sulfasalazine	26	TABRECTA	74
sulindac	54	tacrolimus	30, 45
sumatriptan	18	tadalafil	32
sumatriptan succinate	18	tadalafil (pulm. hypertension)	94
sunitinib malate	74	TAFINLAR	74
SUNLENCA	82	TAGRISSO	74
super quints	125	TAKE ACTION	126
super quints b-50	125	TALICIA	31
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	52	TALZENNA	74
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	52	TAME THE FLAME	126
SURFAK	125	tamoxifen	74
SUTAB	31	tamsulosin	32
swabflush	125	tarina 24 fe	37
SWEEN	125	tarina fe 1-20 eq (28)	37
SWEEN CREAM	125	tarina fe 1/20 (28)	37
syeda	37	tasimelteon	48
SYMBICORT	93	tazarotene	30
SYMPAZAN	63	taztia xt	24
SYMTUZA	82	TAZVERIK	74
SYNJARDY	91	TDVAX	45
SYNJARDY XR	91	TECENTRIQ	74, 75
SYNTHROID	40	TECENTRIQ HYBREZA	75
SYSTANE (PF)	126	TEFLARO	60
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL)	126	telmisartan	24

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

telmisartan-amlodipine	24	ticagrelor	88
telmisartan-hydrochlorothiazid	24	TICOVAC	45
temazepam	48	tigecycline	60
TENIVAC (PF)	45	tilia fe	38
tenofovir disoproxil fumarate	82	timolol	48
TEPMETKO	75	timolol maleate	24, 48
terazosin	24	timolol maleate (pf)	48
terbinafine hcl	67, 126	TINACTIN	126
terconazole	67	tinidazole	60
teriflunomide	27	tioconazole	126
testosterone	37, 38	tioconazole-1	126
testosterone cypionate	38	TIVICAY	82
testosterone enanthate	38	TIVICAY PD	82
tetrabenazine	27	tizanidine	17
TEVIMBRA	75	tobramycin	48
THALOMID	75	tobramycin in 0.225 % nacl	60
the magic bullet	126	tobramycin sulfate	60
theophylline	94	tobramycin-dexamethasone	48
thera antifungal	126	tolnaftate	126
thera moisturizing	126	tolterodine	32
thera-d	126	topiramate	63
THERANATAL	126	toremifene	75
THERANATAL COMPLETE	126	torpenz	75
THERANATAL ONE	126	torseamide	24
THERANATAL OVAVITE	126	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	91
THERANATAL PLUS	126	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	91
theratears	126	TPN ELECTROLYTES	87
thiamine hcl (vitamin b1)	126	TRADJENTA	91
thioridazine	79	tramadol	54
thiothixene	79	trandolapril	24
tiadylt er	24	trandolapril-verapamil	24
tiagabine	63	tranexamic acid	89
TIBSOVO	75	tranylcypromine	65

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

TRAVASOL 10 %	87	triderm	40
travel sickness	126	trientine	87
travel-ease (meclizine)	126, 127	trifluoperazine	79
travoprost	48	trifluridine	48
TRAZIMERA	75	trihexyphenidyl	19
trazodone	65	TRIJARDY XR	91
TRECTOR	68	TRIKAFTA	94
TRELEGY ELLIPTA	94	trimazole	127
TRELSTAR	41	trimethoprim	60
TREMFYA	45	trimipramine	65
TREMFYA ONE-PRESS	45	trinatal rx 1	87
TREMFYA PEN	45	TRINTELLIX	65
TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	45	TRIPLE ANTIBIOTIC	127
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	91	triple antibiotic plus	127
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	91	triple antibiotic spray	127
TRESIBA U-100 INSULIN	91	triple antibiotic-pain relief	127
tretinoin	30	TRITOLNACIDE C	127
tretinoin (antineoplastic)	75	TRIUMEQ	83
tri-buffered aspirin	127	TRIUMEQ PD	83
tri-estarylla	38	trivora (28)	38
tri-legest fe	38	TROGARZO	83
tri-linyah	38	TROJAN BARESKIN	127
tri-lo-estarylla	38	TROJAN EXTENDED PLEASURE	127
tri-lo-marzia	38	TROJAN MAGNUM CONDOMS	127
tri-lo-mili	38	TROJAN PLEASURE PACK	127
tri-lo-sprintec	38	TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM	127
tri-mili	38	TROJAN ULTRA THIN	127
tri-sprintec (28)	38	TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL	127
tri-vylibra	38	TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS	127
tri-vylibra lo	38	TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS	127
triamcinolone acetonide	28, 40	TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS	127
triamterene	24	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS	127
triamterene-hydrochlorothiazid	24	TRONVITE	127

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

TROPHAMINE 10 %	87	tussin mucus-chest congestion	128
tropium	32	TUXARIN ER	128
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	52	TWINRIX (PF)	45
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	52	TYBOST	83
TRUE COVER CONDOM	127	TYENNE	45
trueplus glucose	127	TYENNE AUTOINJECTOR	45
TRULICITY	91	TYLENOL 8 HOUR	128
TRUMENBA	45	TYLENOL ARTHRITIS PAIN	128
TRUQAP	75	TYMLOS	25
TRUSTEX LATEX CONDOM	127	TYPHIM VI	45
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	127		
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	127	U	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	127	UBRELVY	18
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	127	UDENYCA	89
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	127	UDENYCA AUTOINJECTOR	89
tucks (witch hazel)	127	UDENYCA ONBODY	89
TUKYSA	75	ULTILET ALCOHOL SWAB	52
tulana	38	ultra a-d	128
TUMS	127	ULTRA B-100 COMPLEX (FOODBASE)	128
TUMS E-X	127	ultra fresh	128
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	127	ultra fresh pm	128
TUMS FRESHERS	127	ultra lubricant eye	128
TURALIO	75	ultra tuss safe	128
turqoz (28)	38	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	52
tusnel diabetic	128	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	52
tusnel-ex	128	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	52
tussin	128	UNITHROID	40
tussin chest congestion	128	UNITUXIN	75
tussin cough-chest congestion	128	UP4 PROBIOTICS KIDS CUBES	128
tussin dm	128	UPTRAVI	94
tussin dm clear	128	urinary pain relief	128
tussin dm cough and chest	128	uro-pain	128
tussin dm max	128	ursodiol	31
		USTEKINUMAB	46

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

V

VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	128	VEMLIDY	83
valacyclovir	83	VENCLEXTA	75
VALCHLOR	75	VENCLEXTA STARTING PACK	75
valganciclovir	83	venlafaxine	65
valproate sodium	63	ventiva tears	128
valproic acid	63	VENTOLIN HFA	94
valproic acid (as sodium salt)	63	verapamil	24
valrubicin	75	VERQUOVO	25
valsartan	24	VERSACLOZ	79
valsartan-hydrochlorothiazide	24	verticalm	129
VALTOCO	63	VERZENIO	75
valtya	38	vestura (28)	38
VANALICE	128	vienva	38
vancomycin	60	vigabatrin	63
vancomycin in 0.9 % sodium chl	60	vigadrone	63
vancomycin in dextrose 5 %	60	VIGAFYDE	63
vancomycin-diluent combo no.1	60	vigpoder	63
VANFLYTA	75	vilazodone	65
vanicream hc	128	VIMKUNYA	46
vanquish	128	viorele (28)	38
VAQTA (PF)	46	VIRACEPT	83
varenicline tartrate	26	VIREAD	83
VARIVAX (PF)	46	vis guard (petrolatum-min oil)	129
VASCEPA	24	vis guard (polyvinyl alcohol)	129
VAXCHORA VACCINE	46	vista gel	129
VCF CONTRACEPTIVE FILM	128	vista meibo tears	129
vcf contraceptive gel	128	vista tears	129
VECTIBIX	75	vit b comp-folic-choline-inosi	129
vegetable lax-stool softener	128	vitajoy melatonin	129
vegetable laxative	128	vitamin a and d	129
VEGETARIAN BONEUP	128	vitamin b complex	129
velivet triphasic regimen (28)	38	VITAMIN B COMPLEX-ELECTROLYTES	129
		vitamin b complex-folic acid	129

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

XALKORI	75, 76	ZARXIO	89
xarah fe	38	zeasorb af	130
XARELTO	89	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	91
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	89	ZEGALOGUE SYRINGE	91
XATMEP	46	ZEJULA	76
XCOPRI	63	ZELBORAF	76
XCOPRI MAINTENANCE PACK	63	ZEMAIRA	94, 95
XCOPRI TITRATION PACK	63	zenatane	30
XDEMZY	52	ZENPEP	95
xelria fe	38	zidovudine	83
XERMELO	31	zinc oxide	130
XGEVA	25	zinc sulfate	130
XIFAXAN	31	ziprasidone hcl	80
XIGDUO XR	91	ziprasidone mesylate	80
XOLAIR	46	ZIRABEV	76
XOSPATA	76	ZIRGAN	83
XPOVIO	76	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
XTANDI	76	zoledronic acid	25
xulane	38	zoledronic acid-mannitol-water	25
xvite	130	ZOLINZA	76
Y			
YERVOY	76	zolpidem	49
YESINTEK	46	ZONISADE	63
YF-VAX (PF)	46	zonisamide	63
YONDELIS	76	ZORYVE	30
YUM-YUM DOPHILUS	130	zostrix-hp	130
Z			
zaditor	130	zovia 1-35 (28)	38
zafemy	38	ZTALMY	63
zafirlukast	94	ZUBSOLV	26
zaleplon	48	zumandimine (28)	38
zantac-360 (famotidine)	130	ZURNAI	26
zarah	38	ZURZUVAE	65
		ZYDELIG	76
		ZYKADIA	76

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-\[www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\]\(https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy\)](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

zyncof	130
ZYNYZ	76
ZYPITAMAG	25
ZYPREXA	80
ZYPREXA RELPREVV	80
ZYRTEC	130
ZYRTEC-D	130

Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, siete días de la semana del 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y lunes a viernes del 1 de abril hasta el 30 de septiembre. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [es-www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/medicaid/indiana/dsnp/pharmacy).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2025HUM_0425

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 05/05/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite **[es-www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy)**.

H4939-001

Humana.



Si tiene preguntas, llame a Humana PathWays Dual Care (HMO-POS D-SNP) al 1-866-274-5888 (TTY: 711), de 8 A.M. a 8 P.M., hora local, los siete días de la semana o visite **[es-www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy](https://www.humana.com/Medicaid/indiana/dsnp/pharmacy)**. Este formulario se actualizó el 05/05/2026.