

2026

# Guía de Medicamentos Recetados

## Formulario Humana Dual Integrated

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

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP)

Formulario 26408 versión 10

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 04/01/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).

# Humana®

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist). Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



# Introducción

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

## Índice:

A	Descargos de responsabilidad.....	4
B	Preguntas Frecuentes (FAQ, por sus siglas en inglés) .....	5
	B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i> ? (A la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i> la llamamos “ <i>Guía de Medicamentos</i> ” para abreviar.) .....	5
	B2. ¿La <i>Guía de Medicamentos</i> cambia alguna vez? .....	5
	B3. ¿Qué sucede cuando hay un cambio en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?.....	6
	B4. ¿Existen restricciones o límites en la cobertura de medicamentos o medidas que deba tomar para obtener determinados medicamentos?.....	7
	B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento? .....	7
	B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)? .....	8
	B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?.....	8
	B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la <i>Guía de Medicamentos</i> ?.....	8
	B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) y no encuentro mi medicamento en la <i>Guía de Medicamentos</i> o tengo un problema para obtenerlo? .....	8
	B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?.....	11
	B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción? .....	11
	B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción? .....	12
	B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos? .....	12
	B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	13
	B15. ¿Qué son los medicamentos OTC? .....	13
	B16. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre productos OTC que no sean medicamentos?.....	13
	B17. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?....	13
	B18. ¿Cuál es mi copago? .....	14
C	Descripción general de la <i>Guía de Medicamentos Cubiertos</i> .....	15
	C1. <i>Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento</i> .....	15
D	Índice de Medicamentos Cubiertos .....	176

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



## A. Descargos de responsabilidad

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

- Siempre puede consultar la Guía de Medicamentos Cubiertos actualizada de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) en línea en **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)** o llamándonos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llámenos al número que figura al pie de página de este documento. Esta llamada es gratuita.
- Se encuentran disponibles servicios gratuitos de idioma, ayuda auxiliar y formatos alternativos. Llame al **877-320-1235 (TTY: 711)**. Este Aviso de Disponibilidad está disponible en otros idiomas, a continuación de la **Sección D** de este documento y en **es-[www.humana.com/legal/multi-language-support](http://www.humana.com/legal/multi-language-support)**.
- Este documento se encuentra disponible en inglés y español de manera gratuita.
- Para recibir este documento en otro idioma o en un formato alternativo, o para cambiar un pedido permanente, comuníquese con nosotros al número indicado al pie de este documento. Mantendremos sus preferencias para futuras comunicaciones y envío de correos, para que no tenga que hacer un pedido por separado cada vez.
- Contamos con servicios de intérpretes gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para utilizar los servicios de un intérprete, simplemente llámenos al 1-866-432-0001 (TTY: 711). Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta *Guía de Medicamentos Cubiertos* (*Guía de medicamentos*). Puede leer todas las FAQ para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

### B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la *Guía de Medicamentos Cubiertos*? (A la *Guía de Medicamentos Cubiertos* la llamamos *Guía de Medicamentos para abreviar*.)

Los medicamentos en la *Guía de medicamentos* que comienza en la **Sección C1** son los medicamentos cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Los medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar juntos y proveerle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la *Guía de Medicamentos* si:
  - su médico u otro profesional que receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano,
  - Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) acepta que el medicamento es necesario por razones médicas para usted, **y**
  - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).
- En algunos casos, usted debe hacer algo antes de poder obtener un medicamento. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

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

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

Sí, y Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) debe seguir las reglas de Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid al realizar cambios. Es posible que añadamos o eliminemos medicamentos de la *Guía de Medicamentos* durante el año.

También podemos cambiar nuestras reglas para los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es un permiso de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento.)
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro.)

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

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

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

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



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

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

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

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

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



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

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

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

---

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

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

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

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

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

---

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

---

## **B6. ¿Qué sucede si Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cambia sus reglas sobre cómo cubre algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de terapia por fases)?**

En algunos casos, le informaremos con anticipación si agregamos o cambiamos la autorización previa, los límites de cantidad o las restricciones de terapia por fases de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso con anticipación y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos de la *Guía de Medicamentos*.

---

## **B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Guía de Medicamentos?**

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- puede buscar alfabéticamente, **o**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, busque su medicamento en la sección Índice de Medicamentos Cubiertos. Puede encontrarlo en la Sección D. El Índice de Medicamentos Cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos que se incluyen en la *Guía de Medicamentos*. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos se enumeran en el índice.

Para buscar por tipo de medicamento, busque la **Sección C1** denominada “Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento”. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para las migrañas, debe buscar en la categoría “Agentes Antimigrañosos”. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las migrañas.

---

## **B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero tomar no está en la Guía de Medicamentos?**

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

- Pídanos una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrela la lista a su médico u otro profesional que receta. Pueden recetarle otro medicamento de la *Guía de Medicamentos* que sea parecido al que usted quiere utilizar. **O**
  - Pedir a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir su medicamento. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.
- 

## **B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) y no encuentro mi medicamento en la Guía de Medicamentos o tengo un problema para obtenerlo?**

Podemos brindarle ayuda. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que sea afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Así tendrá tiempo de hablar con su

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



---

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

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

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

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

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

- Cubriremos un suministro de 31 días del medicamento que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) o no.
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

### **Si cambian las condiciones de su tratamiento**

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

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

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

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

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

### **Si necesita más tiempo**

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



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

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

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

### Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

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

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

### Solicitar una excepción

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

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

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

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

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

### Si decimos que no a su solicitud de excepción

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

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

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

## Podemos brindarle ayuda

Podemos ayudarles a usted y a su médico a:

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

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

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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

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

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

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

---

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

Sí. Puede solicitar a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la *Guía de Medicamentos*.

También puede pedirnos que cambiemos las normas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede pedirnos que eliminemos restricciones de terapia por fases o requisitos de autorización previa.

---

### B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llámenos. Un representante trabajará con usted y su proveedor para ayudarles a solicitar una excepción. También puede leer la **Sección G del Capítulo 9 del Manual para los afiliados** para obtener más información sobre las excepciones.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

---

## B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

### Solicitar una excepción

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

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

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

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

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

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

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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

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

---

## B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

---

## B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?

Cuando hablamos de medicamentos, esto podría significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas llamadas biosimilares. Generalmente, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden sustituirse por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden sustituirse por medicamentos de marca.

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5 del Manual para los afiliados**.

---

## B15. ¿Qué son medicamentos OTC?

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

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

---

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre algunos productos OTC que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor (*por ejemplo, jeringas para insulina, etc.*). Comuníquese con Servicios para afiliados por teléfono al número que figura en el pie de página de este documento para obtener más información.

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

Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre artículos OTC de salud y bienestar a través del Subsidio de Healthy Options de Humana. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte la Tabla de Beneficios Médicos en la Sección 2.1 del Capítulo 4 de su *Evidencia de Cobertura* (a veces llamado *Manual para los afiliados*).

---

## B17. ¿Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) cubre suministros de medicamentos recetados a largo plazo?

- **Programas de Pedido por Correo.** Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite recibir un suministro de 90 días de sus medicamentos recetados directamente en su hogar. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.
  - **Programas de Farmacias Minoristas para Suministros de 90 Días.** También es posible que algunas farmacias minoristas le ofrezcan un suministro de 90 días de medicamentos recetados cubiertos. Un suministro de 90 días tiene el mismo copago que un suministro de un mes. Algunos medicamentos pueden ser elegibles para un suministro de hasta 100 días.
- 

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite

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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



---

## B18. ¿Cuál es mi copago?

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

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

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

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

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

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

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de Medicamentos Cubiertos que comienza en la **Sección D**. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Dual Integrated (HMO D-SNP).

**Tenga en cuenta:** Si se encuentra el enunciado “(\*) No es un medicamento de la Parte D” en el encabezado de una sección de medicamentos, esto significa que el medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. Estos medicamentos tienen diferentes reglas para las apelaciones.

- Una apelación es un método formal de pedirnos que revisemos una decisión tomada sobre su cobertura y que la cambiemos si cree que cometimos un error.
- Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Healthy Connections Medicaid.
- Si usted o el profesional que receta no están de acuerdo con nuestra decisión, pueden apelar. Si alguna vez tiene alguna pregunta, llame al número que figura en el pie de página de este documento.
- También puede leer el **Capítulo 9 del Manual para los afiliados**.

### C1. Guía de Medicamentos por Tipo de Medicamento

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

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

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

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

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

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

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

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

**MO (por sus siglas en inglés)** = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.

**LA (por sus siglas en inglés)** = Acceso Limitado: El plan de salud ha autorizado a determinadas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere manejo adicional, coordinación del médico o educación del paciente. Llame al número en el pie de página de este documento para obtener más información.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

**CI (por sus siglas en inglés)** = Productos de insulina cubiertos; Productos de insulina de la Parte D cubiertos por su plan. Para obtener más información sobre los costos compartidos para sus productos de insulina cubiertos, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

**AV (por sus siglas en inglés)** = Vacunas del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés) cubiertas por la Parte D; Vacunas de la Parte D recomendadas por el ACIP para los adultos que podrían estar disponibles sin costo para usted; pueden aplicarse restricciones adicionales. Para obtener más información, refiérase a su Evidencia de cobertura (a veces llamado Manual para los afiliados).

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

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

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula, los medicamentos de marca, en mayúscula y los medicamentos de venta sin receta y productos que no son medicamentos se indican en minúscula. La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso”, como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría indica si Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) tiene alguna regla para cubrir el medicamento.

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



[es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET <sup>DL</sup>	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup>	4	
<b>(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D</b>		
1-day 6.5 % OINTMENT	*	
12 hour decongestant 120 mg TABLET ER	*	
12 hour nasal decongest (pse) 120 mg TABLET ER	*	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
24hr allergy-congestion relief 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
3-day vaginal 2 % CREAM	*	
50 plus adult eye health 250-5-1 mg CAPSULE	*	
8 hour pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
8hr muscle aches-pain 650 mg TABLET ER	*	
a and d (lanolin-petrolatum) OINTMENT	*	
a thru z 18-500-300-250 mg-mcg-mcg-mcg TABLET	*	
a thru z advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	*	
a thru z high potency TABLET	*	
a thru z men's ultimate 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
a thru z select 300-60-600-300 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	*	
a thru z select 50plus formula 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
a thru z select women's TABLET	*	
A-25 (VIT A PALMITATE) 7,500 MCG (25,000 UNIT) CAPSULE	*	
abanatuss ped 0.5-15-6.25 mg/ml DROPS	*	
abanatuss ped 2-60-25 mg/5 ml LIQUID	*	
abaneu-sl 600-600 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
ABATINEX 680 MG (750 MILLION CELL) CAPSULE	*	
abatuss dmx 1-30-15 mg/5 ml LIQUID	*	
abc complete adult 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
abc complete men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
abc complete senior 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
abc complete senior men's 300-60-600-300 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abc complete women's 18-400 mg-mcg TABLET	*	
abc plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
abreva 10 % CREAM	*	
acerola c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
acerola c-500 500 mg WAFER	*	
acetaminophen 120 mg, 650 mg SUPPOSITORY	*	
acetaminophen 160 mg, 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	*	
acetaminophen 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml LIQUID	*	
acetaminophen 325 mg CAPSULE	*	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	*	
acetaminophen 650 mg TABLET ER	*	
acetaminophen extra strength 500 mg TABLET	*	
acetaminophen pain relief 500 mg TABLET	*	
acetaminophen pm 25-500 mg TABLET	*	
acetaminophen pm extra str 25-500 mg TABLET	*	
acid controller 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid controller complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer (cimetidine) 200 mg TABLET	*	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
acid reducer complete (famot) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid reducer-antacid 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
acid-pep 20 mg TABLET	*	
acidophilus CHEWABLE TABLET	*	
acidophilus probiotic blend 175 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin 75 million cell -100 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin, citrus 100 million cell-10 mg, 7.5 mg (30 mill cell)-100 mg CAPSULE	*	
acidophilus-pectin, citrus 25 million cell -100 mg TABLET	*	
acne cleanser 2 % CLEANSER	*	
acne cleansing bar 10 % BAR	*	
acne control (salicylic acid) 2 % CLEANSER	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acne control(benzoyl peroxide) 10 % CLEANSER	*	
acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION	*	
acne pads 2 % PADS, MEDICATED	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % CREAM	*	
acne treatment (benzoyl perox) 10 % GEL	*	
acne wash 2 % CLEANSER	*	
acne-clear 10 % GEL	*	
acnomel 2-8 % CREAM	*	
ACTICON (DEXBROMPH-PSE) 1-30 MG/5 ML, 2-60 MG/5 ML SOLUTION	*	
acticon (dexbromph-pse) 2-60 mg TABLET	*	
actidogesic 500-1 mg TABLET	*	
actidogesic-df 500-1 mg TABLET	*	
actidom da 1-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
actidom dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	*	
actinel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	*	
actinel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	*	
actinel pediatric 15-5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
addaprin 200 mg TABLET	*	
adult 50 plus eye health 250-5-1 mg CAPSULE	*	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
adult multivitamin (w-lutein) 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult one daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
adult robitussin peak cold m-s 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult tussin cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
adult wal-tussin dm max 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
adults multivitamin 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
advanced acne spot treatment 2 % GEL	*	
advanced acne spot treatment 2 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
advanced exfoliating cleanser 5 % CLEANSER	*	
advanced healing (petrolatum) 41 % OINTMENT	*	
advanced probiotic 625 mg (10 billion cell) CAPSULE	*	
ADVIL 200 MG TABLET	*	
ADVIL DUAL ACTION 125-250 MG TABLET	*	
ADVIL JUNIOR STRENGTH 100 MG CHEWABLE TABLET	*	
ADVIL LIQUI-GEL 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL LIQUI-GELS MINIS 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL MIGRAINE 200 MG CAPSULE	*	
ADVIL PM 200-38 MG TABLET	*	
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN 200-10 MG TABLET	*	
after pill 1.5 mg TABLET	*	
AFTERA 1.5 MG TABLET	*	
AIMSCO LATEX CONDOM DEVICE	*	
air-power 200 mg TABLET	*	
ala-hist ir 2 mg TABLET	*	
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM) 2-7.5-15 MG/5 ML LIQUID	*	
alavert d-12 allergy-sinus 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
alba-lybe LIQUID	*	
alcaftadine 0.25 % DROPS	*	
aler-cap 25 mg CAPSULE	*	
ALEVE 220 MG CAPSULE	*	
ALEVE 220 MG TABLET	*	
ALEVE COLD AND SINUS 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE-D SINUS AND COLD 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALEVE-D SINUS AND HEADACHE 220-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
alka-seltzer heartburn chew 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS 750-80 MG CHEWABLE TABLET	*	
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325-1,916-1,000 MG TABLET, EFFERVESCENT	*	
ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE) 2-7.8-325 MG TABLET, EFFERVESCENT	*	
ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM) 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG (NT) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alka-seltzer plus day 5-10-325 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer plus mucus-conges 10-200 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer plus sinus-cough 5-10-325 mg CAPSULE	*	
alka-seltzer severe cold 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
alkums 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
all day allergy-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day cold and sinus 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day pain relief 220 mg TABLET	*	
all day pain relief sinus,cold 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
all day relief 220 mg TABLET	*	
all-nite cold-flu 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
ALLEGRA-D 12 HOUR 60-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
ALLEGRA-D 24 HOUR 180-240 MG TABLET, ER 24 HR.	*	
ALLER-CHLOR 4 MG TABLET	*	
aller-g-time 25 mg TABLET	*	
aller-tec d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear d-12hr 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allerclear d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy 25 mg TABLET	*	
allergy (chlorpheniramine) 4 mg TABLET	*	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	*	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	*	
allergy and congestion relief 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy and congestion relief 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy and sinus relief 25-10 mg TABLET	*	
allergy d-12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
allergy eye (naphazoline-phen) 0.025-0.3 % DROPS	*	
allergy medication 25 mg CAPSULE	*	
allergy medicine 25 mg TABLET	*	
allergy multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy relief d-24hr 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief d12 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief multi-symptom 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy relief(chlorpheniramn) 4 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	*	
allergy relief,nasal decongest 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief-d (cetirizine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief-d (loratadine) 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy relief-d(fexofenadine) 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy relief-d(fexofenadine) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy sinus pe 2-5-325 mg TABLET	*	
allergy sinus-d 2-30-500 mg TABLET	*	
allergy-congest relief-d(fexo) 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
allergy-congestion relief-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
allergy-time 4 mg TABLET	*	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
alophen (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
altachlore 5 % DROPS	*	
altachlore 5 % OINTMENT	*	
altazine 0.05 % DROPS	*	
altipres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres pediatric 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	*	
amerigel GEL	*	
aminofen 325 mg TABLET	*	
amlactin 12 % LOTION	*	
amladex 1-5-50 mg TABLET	*	
ammonium lactate 12 % CREAM	*	
ammonium lactate 12 % LOTION	*	
anecream5 5 % CREAM	*	
animal chews CHEWABLE TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 1,000-200 mg, 550-110 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid and pain relief 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid anti-gas (ca carb-sim) 1,000-60 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid extst (ca carb-mag hyd) 675-135 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 extra-strength 168 MG CALCIUM (420 MG), 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 multi-symptom 675-135-60 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 mg), 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-dandruff 1 % SHAMPOO	*	
anti-dandruff with menthol 1 % SHAMPOO	*	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
anti-diarrheal (lope)-anti-gas 2-125 mg TABLET	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
ANTI-DIARRHEAL (LOPERAMIDE) 2 MG CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	
anti-gas ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
anti-itch (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
anti-itch (hc) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
anti-itch (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch (hc) 1 % LOTION	*	
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch medicated 1-1 % CREAM	*	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
anti-itch(diphenhyd) with zinc 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
anti-itch(hydrocortisone)-aloe 1 % CREAM	*	
anti-nausea SOLUTION	*	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
antifungal 12.5 % LIQUID	*	
antifungal 25 % SOLUTION	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % POWDER	*	
antifungal (terbinafine) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
antifungal (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
antifungal extra thick 2 % CREAM	*	
antifungal ringworm 1 % CREAM	*	
antifungal spray 1 % AEROSOL POWDER	*	
antitussive dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
ap-hist dm 4-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
APATATE FORTE LIQUID	*	
APETEX 790 MG/15 ML LIQUID	*	
APETIGEN 790 MG/15 ML LIQUID	*	
aphen 325 mg TABLET	*	
aproline 2.5-60 mg TABLET	*	
aqua care 10 % CREAM	*	
aqua care 10 % LOTION	*	
aquagard 41 % OINTMENT	*	
aquanil hc 1 % LOTION	*	
aquaphor baby diaper rash 40 % OINTMENT	*	
AQUAPHOR BABY HEALING 41 % OINTMENT	*	
AQUAPHOR HEALING 41 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aquaphor itch relief 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
AQUAPHOR ORIGINAL 41 % OINTMENT	*	
arthritis pain (diclofenac) 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
arthritis pain relief (acetam) 650 mg TABLET ER	*	
arthritis pain reliever 650 mg TABLET ER	*	
ascorbate calcium (vitamin c) 500 mg TABLET	*	
ascorbate calcium-bioflavonoid 500-250 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) GRANULES	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,000 mg, 500 mg CAPSULE	*	
ascorbic acid (vitamin c) 1,500 mg TABLET ER	*	
ascorbic acid (vitamin c) 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg CAPSULE, ER	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/5 ml SYRUP	*	
ascorbic acid (vitamin c) 500 mg/ml SOLUTION	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg WAFER	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 500 mg, 94 mg CHEWABLE TABLET	*	
ascorbic acid-ascorbate sodium 53 mg LOZENGES	*	
ascorbic acid-bioflavonoids 1,000-50 mg, 500-300 mg CAPSULE	*	
ascorbic acid-zinc oxide 90-50 mg CAPSULE	*	
aspirin 300 mg SUPPOSITORY	*	
aspirin 325 mg, 500 mg, 650 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	*	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET	*	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin childrens 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	*	
ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
athenol 325 mg TABLET	*	
athlete's foot 2 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot 2 % AEROSOL SPRAY	*	
athlete's foot 2 % POWDER	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % SOLUTION	*	
athlete's foot (terbinafine) 1 % CREAM	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL POWDER	*	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % AEROSOL SPRAY	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
athlete's foot (tolnaftate) 1 % CREAM	*	
athletic foot cream 1 % CREAM	*	
auro dri swimmers' ear 95-5 % DROPS	*	
AVEENO BABY 1 % CREAM	*	
AVEENO MOISTURIZING 1 % CREAM	*	
aveeno soothing bath PACKET	*	
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
AZO URINARY PAIN RELIEF 95 MG, 99.5 MG TABLET	*	
azolen 2 % TINCTURE	*	
B ACTIV 680 MCG DFE CAPSULE	*	
b complex 1.7-20-2-1.2 mg/ml LIQUID	*	
b complex 1 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
b complex 100 100-2-100-2-2 mg/ml SOLUTION	*	
b complex plus vitamin c 15-10-50-5-300 mg CAPSULE	*	
b complex w-vit c 18-10-45-5-250 mg TABLET	*	
b complex-vitamin c 20 mg-5 mg- 2 mg-75 mcg CHEWABLE TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET	*	
b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
b-100 complex 100 mg TABLET ER	*	
b-12 dots 500 mcg TABLET	*	
b-12 plus 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
b-50 complex with inositol 400 mcg-25 mg- 50 mg CAPSULE	*	
b-complex TABLET	*	
b-complex plus b-12 7 mg-5 mg-4 mg- 25 mcg-10 mg TABLET	*	
b-complex plus vit c (calcium) 300 mg-150 mg calcium TABLET	*	
b-complex with b-12 2.5 mg-2.5 mg- 5 mg-100 mcg TABLET	*	
b-complex with vitamin c 400-500 mcg-mg TABLET	*	
b-complex with vitamin c CAPSULE	*	
b-complex with vitamin c TABLET ER	*	
b-right 680 mcg dfe CAPSULE	*	
b-sure 50 % PADS, MEDICATED	*	
b12 5,000-100 mcg LOZENGE	*	
B12 ACTIVE 1,000 MCG CHEWABLE TABLET	*	
b12-methyltetrahydrofolate-b6 1,000mcg-680mcg dfe-1.5 mg, 5,000 mcg-1,360 mcg dfe-2.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
baby ddrops 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
baby skin protectant (pet) 41 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
baby vitamin d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
baby's super daily d3 10 mcg/drop (400 unit/drop) DROPS	*	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin 500 unit/gram PACKET	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT	*	
bacitracin zinc 500 unit/gram OINTMENT IN PACKET	*	
bacitraycin plus 500 unit/gram OINTMENT	*	
back and body pain reliever 500-32.5 mg TABLET	*	
backache relief extra strength 580 (467) mg TABLET	*	
balamine dm (chlor-pe) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
balance b-100 (folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
balance b-50 (with folic acid) 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 0.4 mg TABLET	*	
balanced b-100 400 mcg TABLET ER	*	
balanced b-100 complex 100 mg TABLET ER	*	
balanced b-50 TABLET	*	
balmex adult care 11.3 % CREAM	*	
balmex complete protection 11.3 % CREAM	*	
ban-acid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
banophen 25 mg TABLET	*	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
banophen anti-itch 2-0.1 % CREAM	*	
bayer advanced 500 mg TABLET	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET	*	
bayer aspirin 325 mg TABLET, DR/EC	*	
BAYER CHEWABLE ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TABLET	*	
bayer low dose aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
bayer plus extra strength 500 mg TABLET	*	
baza antifungal 2 % CREAM	*	
baza protect (zinc oxide) 12 % CREAM	*	
BC ARTHRITIS 1,000-65 MG POWDER IN PACKET	*	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	*	
BENADRYL ALLERGY 12.5 MG/5 ML LIQUID	*	
benadryl allergy 25 mg TABLET	*	
benadryl extra strength 2-0.1 % CREAM	*	
benfotiamine 150 mg CAPSULE	*	
benzepro 5.3 %, 9.8 % FOAM	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
benzonatate 100 mg, 200 mg CAPSULE	*	
benzoyl peroxide 10 %, 2.5 %, 5 % GEL	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 % LOTION	*	
benzoyl peroxide 10 %, 5 %, 6 % CLEANSER	*	
best fiber 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
beta carotene 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	*	
beta med 2 % SHAMPOO	*	
beta-hc 1 % LOTION	*	
betasal 3 % SHAMPOO	*	
betatemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
bicarsim forte 125 mg TABLET	*	
BILAC 33 BILLION CELL CAPSULE	*	
BIO-D-MULSION 10 MCG/DROP (400 UNIT/DROP) DROPS	*	
BIO-D-MULSION FORTE 50 MCG/DROP (2,000 UNIT/DROP) DROPS	*	
bio-dtuss dmx 1-30-20 mg/5 ml LIQUID	*	
bio-rytuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
BIOCEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	*	
biocotron 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
biodesp dm 5-15-100 mg/5 ml LIQUID	*	
bionel 30-15-200 mg/5 ml SOLUTION	*	
biopetit 790 mg/15 ml LIQUID	*	
biotect plus LIQUID	*	
biotin 1 mg, 10 mg, 5 mg, 800 mcg TABLET	*	
biotin 1 mg, 10,000 mcg, 2,500 mcg, 5 mg CAPSULE	*	
biotin 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg CHEWABLE TABLET	*	
biotin 10,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
biotin 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
BIOTRUE HYDRATION BOOST 0.5 % DROPS	*	
biozen 15.5 billion cell CAPSULE	*	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	*	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
black-draught lax-senna 8.6 mg TABLET	*	
blis-to-sol (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
bone density calcium plus d 300-200-37.5 mg-unit-mg TABLET	*	
bonine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BOUDREAU'S BUTT PASTE 40 % OINTMENT	*	
bp wash 10 %, 2.5 %, 5 % CLEANSER	*	
bpo 4 %, 8 % GEL	*	
bpo 6 % TOWELETTE	*	
brantussin dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
brohist d 4-10 mg TABLET	*	
bromfed dm 2-30-10 mg/5 ml SYRUP	*	
bronchial asthma relief 12.5-200 mg TABLET	*	
brontuss sf 10-15-300 mg/5 ml LIQUID	*	
bufferin 325 mg TABLET	*	
butenafine 1 % CREAM	*	QL(30 cada 30 días)
c 1000-bioflavonoids-rose hips CAPSULE	*	
c complex 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
c-1000 1,000 mg TABLET	*	
c-1000 1,000 mg TABLET ER	*	
c-1000 with rose hips 1,000 mg TABLET	*	
c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET	*	
c-500 500 mg TABLET ER	*	
c-lax laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg TABLET	*	
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor 600 mg calcium- 800 unit-40 mg, 600 mg-400 unit -40 mg-7.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
cal mag zinc plus d3 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg TABLET	*	
cal-citrate 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calaclear LOTION	*	
calagesic 1-8 % LOTION	*	
calahist 1-0.1 % LOTION	*	
calahist clear LOTION	*	
calahist with pramoxine 1-8 % LOTION	*	
calamine clear 1-0.1 % LOTION	*	
calamine medicated 1-8 % LOTION	*	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % AEROSOL SPRAY	*	
calamine plus (pramox-calamin) 1-8 % LOTION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calc carb-mag ox-d3-zinc gluc 333 mg-133 mg- 1.67 mcg-5 mg TABLET	*	
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan 250 mg-400 unit -40 mg-5 mg TABLET	*	
calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
calcium 26-vit d3-magnesium 15 167 mg calcium- 1.67 mcg-83 mg CAPSULE	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 500 + d 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 500 with d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium 600 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	
calcium 600 + d(3) 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium 600 + d(3) 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
calcium 600 + minerals 600 mg calcium- 200 unit TABLET	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) CAPSULE	*	
calcium 600-d3 plus (mag-zinc) 600 mg calcium- 20 mcg-50 mg TABLET	*	
calcium acetate 667 mg, 668 mg (169 mg calcium) TABLET	*	
calcium amino acid chelate 200 mg calcium TABLET	*	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carb, citrate, malate 250 mg calcium CAPSULE	*	
calcium carb, citrate-vit d3 600 mg-12.5 mcg (500 unit) TABLET ER	*	
calcium carb,cit,mal-magnesium 167 mg calcium- 83 mg CAPSULE	*	
calcium carb-d3-mag cmb11-zinc 333 mg-200 unit -133 mg-5 mg TABLET	*	
calcium carb-d3-mag ox-zinc ox 333 mg-133 unit -133 mg-5 mg TABLET	*	
calcium carb-mag ox-zinc gluc 333-133-5 mg TABLET	*	
calcium carb-mag ox-zinc sulf 333-133-5 mg, 334-134-5 mg TABLET	*	
calcium carbonate 200 mg calcium (500 mg), 260 mg calcium (650 mg), 400 mg calcium (1,000 mg), 500 mg calcium (1,250 mg) CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium carbonate 260 mg calcium (648 mg), 500 mg calcium (1,250 mg), 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	*	
calcium carbonate 800 mg calcium /2 gram POWDER	*	
calcium carbonate-simethicone 750-80 mg CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate-vit d3-min 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 1,000 mg-20 mcg (800 unit), 250 mg-3 mcg (120 unit), 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-15 mcg (600 unit), 500 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-20 mcg (800 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium carbonate-vitamin d3 600 mg-10 mcg (400 unit), 600 mg-12.5 mcg (500 unit), 600 mg-25 mcg (1,000 unit), 600 mg-5 mcg (200 unit), 600 mg-62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	*	
calcium cit-mag aspart,oxid-d3 250 mg-125 mg- 200 unit WAFER	*	
calcium citrate 200 mg (950 mg), 250 mg calcium TABLET	*	
calcium citrate 760 mg calcium /3.5 gram GRANULES	*	
calcium citrate + d 315 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
calcium citrate malate-vit d3 250 mg-2.5 mcg (100 unit) TABLET	*	
calcium citrate plus 250 mg-40 mg- 125 unit-3.75mg TABLET	*	
calcium citrate plus (vit b6) 250-40-5-125 mg-mg-mg-unit TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 1,000 mg-10 mcg /30 ml LIQUID	*	
calcium citrate-vitamin d3 200 mg-3.125 mcg (125 unit), 200 mg-6.25 mcg (250 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-5 mcg (200 unit), 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
calcium citrate-vitamin d3 500 mg-12.5 mcg (500 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium for women 500 mg-100 unit -40 mcg CHEWABLE TABLET	*	
calcium gluconate 50 mg calcium CAPSULE	*	
calcium gluconate 60 mg calcium (650 mg) TABLET	*	
calcium lactate 100 mg calcium TABLET	*	
calcium magnesium plus d 400-167-133 mg-mg-unit TABLET	*	
calcium no.38-d3-mag-boron 500 mg-12.5 mcg -20 mg/15 ml LIQUID	*	
calcium phos-d3-magnesium-zinc 100 mg-25 mcg- 17 mg-1.67 mg CHEWABLE TABLET	*	
calcium phosphate 825 mg calcium /2.8 gram POWDER	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium phosphate-vitamin d3 200 mg-5 mcg (200 unit), 250 mg-10 mcg (400 unit), 250 mg-12.5 mcg (500 unit), 250 mg-5 mcg (200 unit) CHEWABLE TABLET	*	
calcium plus mena7 adult 500 mg calcium- 200 unit-90 mcg TABLET	*	
calcium plus mena7 senior 600 mg-1,000 unit-90 mcg TABLET	*	
calcium with boron 500-1.5 mg TABLET	*	
calcium with vitamin d 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
calcium-d3-zinc-copper-mangan 325 mg-12.5 mcg -2.75 mg TABLET	*	
calcium-folic acid-vitamin d 500-50-300-1 mg-mg-unit-mg WAFER	*	
calcium-magnesium 300-300 mg TABLET	*	
calcium-magnesium-copper-zinc TABLET	*	
calcium-magnesium-vit d3-boron 400 mg-133 mg- 6.67 mcg-1 mg CAPSULE	*	
calcium-magnesium-zinc 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg TABLET	*	
calcium-vitamin d3-vitamin k 500 mg-1,000 unit-40 mcg, 500 mg-200 unit -40 mcg, 500 mg-500 unit -40 mcg, 650 mg-12.5 mcg-40 mcg CHEWABLE TABLET	*	
caldyphen 1-8 % LOTION	*	
caldyphen clear 1-0.1 % LOTION	*	
caldyphen clear(pram-cmphr-zn) LOTION	*	
CALICYLIC 10 % CREAM	*	
callus remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
CALPHRON 667 MG TABLET	*	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG CHEWABLE TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG TABLET	*	
CAPRON DM 7.5-7.5 MG/5 ML LIQUID	*	
CARTIVISC 500-200-150 MG TABLET	*	
casaca sagrada 270 mg CAPSULE	*	
castor oil 100 % OIL	*	
celebrate b-12 quick-melt 1,000-200 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
centratex 106 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
centrum 18-400 mg-mcg TABLET	*	
centrum 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY 120 MCG CHEWABLE TABLET	*	
centrum adult 50 plus 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum complete 18-400 mg-mcg TABLET	*	
CENTRUM MEN 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	*	
centrum multigummies men 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum multigummies women 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
CENTRUM SILVER MEN 300-60-600-300 MCG TABLET	*	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300-60-600-300 MCG TABLET	*	
centrum specialist heart 3-200-400 mg-mcg-mg TABLET	*	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	*	
centrum women 18-400 mg-mcg TABLET	*	
century 18-400 mg-mcg TABLET	*	
century adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
century mature 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
century men 8 mg iron-200 mcg-60 mcg TABLET	*	
century men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
century women 18 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
century women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
cerave psoriasis 2 % CREAM	*	
CEREFOLIN 6-5-50-1 MG TABLET	*	
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS 600-2-6 MG TABLET	*	
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL) 6 MG-600 MG- 2 MG-90.314 MG TABLET	*	
CEROVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG TABLET	*	
certa plus 18-0.4-250 mg-mg-mcg TABLET	*	
CERTAVITE SENIOR 0.4 MG-300 MCG- 250 MCG TABLET	*	
CERTAVITE-ANTIOXIDANT 18-400 MG-MCG TABLET	*	
cetaphil eczema restoraderm 1 % LOTION	*	
cetiri-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
cetirizine-pseudoephedrine 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	*	
chest congestion relief 400 mg TABLET	*	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chest congestion relief dm 20-400 mg TABLET	*	
chest congestion relief pe 10-400 mg TABLET	*	
chest congestion-cough hbp 10-200 mg CAPSULE	*	
chest congestion-cough relief 20-400 mg TABLET	*	
chest-sinus congestion relief 10-400 mg TABLET	*	
chewable iron 30-10-25 mg CHEWABLE TABLET	*	
child allergy plus congestion 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
child allergy relief (diphen) 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
child benadryl plus congestion 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
child chest congestion-cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child chewable vitamn complete 18 mg iron CHEWABLE TABLET	*	
child cold-cough day-night 6.25-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION, SEQUENTIAL	*	
child complete multivitamin 18 mg iron CHEWABLE TABLET	*	
child cough and sore throat 160-5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
child cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child cough-cold (bromphen-dm) 2-10 mg/10 ml LIQUID	*	
child delsym cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
CHILD DELSYM COUGH-COLD 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	*	
child dimetapp cough-allergy 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
child dometuss-da 1-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
child fever reducer-pain relvr 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
child giltuss allergy plus(dm) 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH 325-10 MG/10 ML LIQUID	*	
CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	*	
child mucus relief cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
child multi-symptom cold-fever 5-10-325 mg/10 ml LIQUID	*	
child multivitamin plus iron 18 mg iron CHEWABLE TABLET	*	
child pain rel-fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
child plus cough and runnynose 1-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
child probiotic digest-immune 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
child wal-tap cold-allergy 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
child's fiber select gummies 1.5 gram CHEWABLE TABLET	*	
child's mucus relief m-s cold 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
child's omega-3 dha multivitam 250-3-50 unit,mg,unit CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children dimetapp m-s cold-flu 6.25-2.5-160 mg/5 ml LIQUID	*	
children multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
children night time cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ADVIL 100 MG/5 ML SUSPENSION	*	
CHILDREN'S ALAWAY 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's antacid 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY 205.5 MCG (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL	*	QL(30 cada 25 días)
children's benadryl allergy 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's chew multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
children's chewable complete 9-200 mg iron-mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewable multivitmn 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewables 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's chewables extra c 300 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's cold and cough (pe) 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold and cough dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold-allergy (pe) 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's cold-cough daytime 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cold-cough-sore 5-10-325 mg/10 ml LIQUID	*	
children's cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's cough-cold relief 2-15 mg/15 ml LIQUID	*	
children's dibromm cold-allerg 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
children's dibromm dm cold-cou 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH 2-10 MG/10 ML LIQUID	*	
children's easy-melts 80 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
children's fever reducing 120 mg SUPPOSITORY	*	
children's flu relief 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's giltuss cough-chest 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's m-s cold day-night 325-12.5-5 mg/10 ml(nt) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
children's mapap 160 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S MOTRIN 100 MG/5 ML SUSPENSION	*	
children's motrin jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's mucinex cough 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's multi-symptom cold 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's multi-vit gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's multivit (w lutein) 50 mcg CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin gummy CHEWABLE TABLET	*	
children's multivitamin-immune CHEWABLE TABLET	*	
children's non-aspirin 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain relief 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml ELIXIR	*	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pain-fever relief 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
children's pain-fever relief 160 mg POWDER IN PACKET	*	
children's pain-fever relief 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml LIQUID	*	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's pepto 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	*	
children's plus flu 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's probiotic 5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
children's profen ib 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
children's soothe 160 mg calcium (400 mg) CHEWABLE TABLET	*	
children's stuffy nose-cold 2.5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
children's sudafed pe cough 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's tylenol 160 mg CHEWABLE TABLET	*	
CHILDREN'S TYLENOL 160 MG/5 ML SUSPENSION	*	
CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU 1-2.5-5-160 MG/5 ML SUSPENSION	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml PREFILLED SPOON	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
childrens chewable probiotic 1.5 billion cell CHEWABLE TABLET	*	
childrens fiber gummy bear 1.5 gram CHEWABLE TABLET	*	
CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD 10-15-300 MG/5 ML LIQUID	*	
childrens giltuss ex 200 mg/5 ml LIQUID	*	
childrens plus cold 1-2.5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
childrens plus multi-symp cold 1-2.5-5-160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
chilids triacting cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
chld robitussin cough-chest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
chld robitussin night cough dm 1-7.5 mg/5 ml LIQUID	*	
chlorpheniramine maleate 12 mg TABLET ER	*	
chlorpheniramine maleate 4 mg TABLET	*	
chlortabs 4 mg TABLET	*	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit) CAPSULE	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 1,250 mcg (50,000 unit), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 250 mcg (10,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 75 mcg (3,000 unit) TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit), 62.5 mcg (2,500 unit) CHEWABLE TABLET	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/0.25 ml, 10 mcg/drop (400 unit/drop), 10 mcg/ml (400 unit/ml), 125 mcg/0.5 ml (5k unit/0.5ml), 125 mcg/ml (5,000 unit/ml), 25 mcg/drop ( 1000 unit/drop) DROPS	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/5 ml (400 unit/5 ml), 12.5 mcg/5 ml (500 unit/5 ml) LIQUID	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 10 mcg/ml (400 unit/ml) SYRINGE	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 125 mcg (5,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET, DISINTEGRATING	*	
cholecalciferol (vitamin d3) 25 mcg/spray 1,000unit/spray SPRAY, SUSPENSION	*	
cidatrine (glucosamine) 500 mg TABLET	*	
cimetidine 200 mg TABLET	*	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
citracal regular 250 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
CITRACAL-D3 GUMMIES 250 MG-12.5 MCG (500 UNIT) CHEWABLE TABLET	*	
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE 600 MG-12.5 MCG (500 UNIT) TABLET ER	*	
citrate of magnesia SOLUTION	*	
CITROMA SOLUTION	*	
citrucel 500 mg TABLET	*	
CLARITIN-D 12 HOUR 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
claritin-d 24 hour 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
clear anti-itch 1-0.1 % LOTION	*	
clear away 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
clear fiber 3 gram/4 gram POWDER	*	
clearasil daily clear(benzoyl) 10 % CREAM	*	
clearasil rapid rescue (salic) 2 % CLEANSER	*	
clearasil rapid rescue (salic) 2 % PADS, MEDICATED	*	
clearasil stubborn acne 2 % CLEANSER	*	
clearasil ultra 10 % CREAM	*	
CLEARBLUE DIGITAL OVULATION KIT	*	
CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST KIT	*	
CLEARBLUE EASY OVULATION COMBO PACK	*	
CLEARBLUE EASY OVULATION TEST KIT	*	
CLEARBLUE FERTILITY MONITOR KIT	*	
CLEARBLUE FERTILITY STICKS KIT	*	
CLEARBLUE PREGNANCY TEST KIT	*	
clearcanal earwax softener 6.5 % DROPS	*	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
clearlax 17 gram/dose POWDER	*	
clinere ear wax removal 6.5 % DROPS	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole 1 % SOLUTION	*	
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	*	
clotrimazole af 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
clotrimazole-7 1 % CREAM	*	
cocoa butter petroleum OINTMENT	*	
cod liver oil CAPSULE	*	
cod liver oil OIL	*	
codeine-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
coditussin ac 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
col-rite 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
cola (syrup) SYRUP	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	*	
cold and cough elixir 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
cold and flu hbp 2-325 mg TABLET	*	
cold and flu relief plus (d/n) 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
cold and flu relief(diphen-pe) 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	*	
cold and flu severe 5-10-325-200 mg TABLET	*	
cold and sinus pain relief 30-200 mg TABLET	*	
cold head congest(gg-pe-acetm) 5-325-200 mg TABLET	*	
cold head congestion day/nite 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold head congestion daytime 5-10-325 mg TABLET	*	
cold head congestion nighttime 2-5-10-325 mg TABLET	*	
cold head congestion sever day 5-10-325-200 mg TABLET	*	
cold max day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold max daytime 5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom 5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom (chlorphen) 2-5-10-325 mg TABLET	*	
cold multi-symptom day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold multi-symptom nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
cold relief 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
cold relief m/s day/night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold relief plus 2-7.8-325 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
cold-cough sinus relief pe 5-10-325-100 mg TABLET	*	
cold-flu m-symptom day-night 2-5-10-325-200 mg (day/night) TABLET, SEQUENTIAL	*	
cold-flu relief 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
cold-flu-sore throat 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
cold-sinus relief 30-200 mg TABLET	*	
cold-sinus relief (ibuprofen) 30-200 mg CAPSULE	*	
comfort gel 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
comfort gel extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
complete allergy 25 mg CAPSULE	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
complete allergy 25 mg TABLET	*	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	*	
complete allergy medicine 25 mg TABLET	*	
complete lice treatment 4-0.33-0.5 % KIT	*	
complete multivitamin-mineral 18-400 mg-mcg TABLET	*	
complete multivitamin-mineral 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
complete mv adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
completenate 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
complex b-100 400 mcg TABLET ER	*	
compound w 17 % LIQUID	*	
compound w 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
compound w dual power 2-in-1 17 % KIT	*	
compound w gel kit 17 % KIT	*	
condrolite 500-200-150 mg TABLET	*	
conex 2-60 mg TABLET	*	
conex 2-60 mg/5 ml SOLUTION	*	
conex pediatric 1-30 mg/5 ml SOLUTION	*	
congest-eze pe 10-400 mg TABLET	*	
congestion relief (ibuprof-pe) 200-10 mg TABLET	*	
contac cold-flu day 5-500 mg TABLET	*	
contac cold-flu night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
coral calcium 185 mg-50 mg- 2.5 mcg, 250-125-100 mg-mg-unit CAPSULE	*	
coricidin hbp chest cong-cough 10-200 mg CAPSULE	*	
coricidin hbp cold and flu 2-325 mg TABLET	*	
coricidin hbp cold-multi sympt 6.25-15-325 mg/15 ml LIQUID	*	
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD 4-30 MG TABLET	*	
corn remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
corn-callus remover 17 % KIT	*	
corn-callus remover 17 % LIQUID	*	
cortisone (hydrocortisone) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortisone (hydrocortisone) 1 % LOTION	*	
cortisone cooling 1 % GEL	*	
cortisone with aloe 1 % CREAM	*	
cortizone-10 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % GEL	*	
cortizone-10 1 % LOTION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cortizone-10 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
cortizone-10 1 % SOLUTION	*	
cortizone-10 feminine itch 1 % CREAM	*	
cortizone-10 with aloe 1 % CREAM	*	
corvita 1.25-2.5-7 mg TABLET	*	
corvita 150 150-1.25-120-10 mg TABLET	*	
CORVITE 1.25-2.5-7 MG TABLET	*	
cosamin ds 500-400 mg TABLET	*	
cough and cold (chlorphen-dm) 4-30 mg TABLET	*	
cough and cold mucus relief cf 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
cough and severe cold 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
cough syrup dm 5-50 mg/5 ml SYRUP	*	
cough-chest congestion dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
cough-cold relief hbp 4-30 mg TABLET	*	
cough-sore throat night 12.5-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
creamy acne face 4 % CLEANSER	*	
critic-aid clear af(miconazol) 2 % OINTMENT	*	
curad petroleum jelly OINTMENT IN PACKET	*	
curae 1.5 mg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 100 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 500 mcg TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,000 mcg, 2,500 mcg, 250 mcg, 3,000 mcg, 500 mcg LOZENGE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg, 3,000 mcg, 5,000 mcg CAPSULE	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,500 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 3,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg TABLET, IR/ER, BIPHASIC	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg, 500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL	*	
cyanocobalamin-cobamamide 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin-methylcobalamin 5,000 mcg/ml DROPS	*	
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
d3 dots 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
daily acne wash 2 % CLEANSER	*	
daily face wash 2 % CLEANSER	*	
daily fiber 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-aspart) 3 gram, 3.4 gram POWDER IN PACKET	*	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
daily multi-vitamin TABLET	*	
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	*	
daily multivitamin 200-100-500 mcg CAPSULE	*	
daily multivitamin with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily multivitamin-minerals TABLET	*	
daily probiotic 2.5 billion cell CAPSULE	*	
daily probiotic (b.infantis) 1 billion cell CAPSULE	*	
daily value TABLET	*	
daily vitamin formula TABLET	*	
daily vitamin formula-iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
daily vitamin formula-minerals TABLET	*	
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET	*	
DAILY VITES/IRON TABLET	*	
DAILY-VITE TABLET	*	
DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) 400 MCG TABLET	*	
dandruff shampoo (pyrithione) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selen-aloe) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo/conditioner 1 % SHAMPOO	*	
day multi-symp flu-severe cold 10-20-500 mg POWDER IN PACKET	*	
day-cold night-cold-flu(doxyl) 6.25-5-10-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
day-night severe cold-flu 25-10-20-650 mg/30 ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
day-nite severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg (nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
dayhist allergy 1.34 mg TABLET	*	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
daylogic advanced healing 41 % OINTMENT	*	
daytime cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg CAPSULE	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime max cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	*	
daytime-cold nighttime-cld-flu 10 mg-650 mg/20 ml (day-night) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
daytime-nighttime 10-5-325mg(d)/ 15-325-6.25mg CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
daytime-nighttime cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
daytime-nighttime cough 15mg/15ml(d)/ 12.5-30mg/30ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
ddrops 25 mcg/drop ( 1000 unit/drop), 50 mcg/drop (2, 000 unit/drop) DROPS	*	
DEBROX 6.5 % DROPS	*	
debrox kids 95-5 % DROPS	*	
debrox swimmer's ear 95-5 % DROPS	*	
decara 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
dekas essential 600 mcg-50 mcg- 101 mg-1,000mcg CAPSULE	*	
delsym cough-chest congest dm 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
DELSYM COUGH-SORE THROAT 325-10 MG/10 ML LIQUID	*	
delta d3 10 mcg (400 unit) TABLET	*	
DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN) 1-30-15 MG/5 ML LIQUID	*	
DEPLIN (ALGAL OIL) 15-90.314 MG, 7.5-90.314 MG CAPSULE	*	
deplin fc 15 mg CAPSULE	*	
dermacinrx atrix 2 % CLEANSER	*	
DERMACINRX ATRIX 2 % LIQUID	*	
dermacinrx lacterol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probinate 31 billion cell CAPSULE	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dermacinrx probisol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitrans 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitrol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx promerol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermafungal 2 % CREAM	*	
DERMAPHOR 44 % OINTMENT	*	
dermarest eczema (hydrocort) 1 % LOTION	*	
dermarest psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	*	
dermazinc 2 % BAR	*	
dermazinc shampoo 2 % SHAMPOO	*	
DERMAZINC SPRAY 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
DESGEN 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
desgen dm 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
desgen dm (pseudoephedrine) 30-10-200 mg TABLET	*	
despec dm-g 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
despec eda cough-cold drops 2.5-5-50 mg/ml DROPS	*	
despec-dm (phenyleph-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif) 30-10-200 mg TABLET	*	
dexbrompheniramine-phenylep-dm 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
dexchlorphen-pse-chlophedianol 1-30-12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
dexifol 5 mg TABLET	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
dextromethorphan-guaifenesin 20-400 mg TABLET	*	
dextromethorphan-guaifenesin 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
dhs sal 3 % SHAMPOO	*	
DHS ZINC 2 % SHAMPOO	*	
diabetes health formula 500-250 mcg TABLET	*	
diabetic multivitamin 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
diabetic tussin dm 10-100 mg/5 ml, 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	*	
dialyvite vitamin d 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX 1,250 MCG (50,000 UNIT) TABLET	*	
diamode 2 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diaper balm 22 % OINTMENT	*	
diaper rash 13 % CREAM	*	
diaper rash 40 % OINTMENT	*	
diaper rash 40 % PASTE	*	
diarrhea relief (bismuth subs) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
diclofenac sodium 1 % GEL	*	QL(1000 cada 30 días)
DIFFERIN 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
digestive probiotic 10 billion cell, 3 billion cell CAPSULE	*	
digestive probiotic 2 billion cell CAPSULE, SPRINKLE	*	
digestive relief 262 mg TABLET	*	
digestive relief 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
DIGITAL PREGNANCY TEST KIT	*	
dimaphen dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
dimenhydrinate 50 mg TABLET	*	
DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE) 1-2.5 MG/5 ML SOLUTION	*	
dimetapp cold-congestion 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) 1-2.5-5 MG/5 ML SOLUTION	*	
diotame 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphen 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
DOAN'S EXTRA STRENGTH 580 (467) MG TABLET	*	
docosanol 10 % CREAM	*	
docuprene 100 mg TABLET	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg TABLET	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
docusate sodium 60 mg/15 ml SYRUP	*	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dok 100 mg TABLET	*	
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN) 500-1 MG TABLET	*	
DOLOGESIC-DF 500-1 MG TABLET	*	
dometuss g 5-10-325-100 mg TABLET	*	
dometuss-dmx 10-30-200 mg/5 ml LIQUID	*	
dometuss-nr 4-10-20 mg TABLET	*	
dona 750 mg TABLET	*	
double antibiotic (b.tracn zn) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
double antibiotic-pain relief 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
dr manzanilla cough-cold 12.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
dr scholl's clear away 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
DR. SMITH'S DIAPER 10 % OINTMENT	*	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	*	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	*	
drimate 50 mg TABLET	*	
DRIPDROP 700-410-150 MG POWDER IN PACKET	*	
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE	*	
DRISTAN COLD 2-5-325 MG TABLET	*	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
dual action freeze away wart 17 % KIT	*	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG SUPPOSITORY	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DR/EC	*	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
dulcolax stool softener (dss) 100 mg CAPSULE	*	
duofilm 17 % LIQUID	*	
duragel callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
e-200 90 mg (200 unit) CAPSULE	*	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % DROPS	*	
ear drops for swimmers 95-5 % DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ear dry 95-5 % DROPS	*	
EAR WAX REMOVAL DROPS 6.5 % DROPS	*	
ear wax removal kit 6.5 % DROPS	*	
ear wax removal system 6.5 % COMBO PACK	*	
EARLY PREGNANCY TEST KIT	*	
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT	*	
easy fiber 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
easy fiber (wheat dextrin) 1 gram-100 mg calcium CHEWABLE TABLET	*	
eazze the pain 25-500 mg TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ECOTRIN 325 MG TABLET, DR/EC	*	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	*	
eczema 1 % LOTION	*	
eczema care 1 % CREAM	*	
eczema relief 1 % CREAM	*	
ed a-hist 4-10 mg TABLET	*	
ed a-hist 4-10 mg/5 ml LIQUID	*	
ed a-hist dm 4-10-15 mg/5 ml LIQUID	*	
ed bron gp 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
ed chlorped jr 2 mg/5 ml SYRUP	*	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	*	
effaclar (salicylic acid) 2 % CLEANSER	*	
effaclar adapalene 0.1 % GEL	*	QL(45 cada 30 días)
efferves pain relief antacid 325 mg, 325-1,916-1,000 mg, 500-1,985-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
electrolytes-dextrose PACKET	*	
electrolytes-dextrose SOLUTION	*	
elfolate 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
elfolate plus 2-3-35 mg TABLET	*	
elon dual defense 25 % SOLUTION	*	
EMERGEN-C 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
EMERGEN-C 500 MG CHEWABLE TABLET	*	
EMERGEN-C IMMUNE PLUS 1,000 MG POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
emetrol SOLUTION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
emetrol chewable 230 mg CHEWABLE TABLET	*	
endacof - dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
endit (zinc oxide) 20 % OINTMENT	*	
endur-b complex 400 mcg TABLET ER	*	
endur-c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	*	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	*	
ENFAMIL ENFALYTE SOLUTION	*	
ENTEXT 60-375 MG TABLET	*	
epsom salt (laxative) 495 mg/5 gram GRANULES	*	
equalactin 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 10 mcg (400 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	*	
ergocalciferol (vitamin d2) 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
essence c 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
essentia 18-400 mg-mcg TABLET	*	
eucerin baby eczema relief 1 % CREAM	*	
eucerin eczema relief 1 % CREAM	*	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	*	
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250-250-65 MG TABLET	*	
EXCEDRIN MIGRAINE 250-250-65 MG TABLET	*	
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant 200 mg TABLET	*	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
expectorant dm 20-300 mg/5 ml LIQUID	*	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	*	
extra strength bayer 500 mg TABLET	*	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	*	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	*	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	*	
eye allergy relief 0.025-0.3 %, 0.02675-0.315 % DROPS	*	
eye drops (tetrahydrozoline) 0.05 % DROPS	*	
eye drops (with povidone) 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops a.c. 0.05-0.25 % DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
eye drops advanced relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops irritation relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops moisturizing relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydroz-zn sulf) 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydrozolin-peg) 0.05-1 % DROPS	*	
eye health plus lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
eye multivitamin 2,148 mcg-113 mg-45 mg-17.4mg TABLET	*	
ezfe 200 200 mg iron CAPSULE	*	
fa-8 0.8 mg CAPSULE	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
fast mucus relief severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fe c 100-250 mg TABLET	*	
fe c plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	*	
fenesin ir 400 mg TABLET	*	
fenesin pe ir 10-400 mg TABLET	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML DROPS	*	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
fergon 225 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferrex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 forte plus 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 plus 150-50-50 mg CAPSULE	*	
ferrex 28 151-200-1-0.8 mg TABLET	*	
ferric glycinate 18 mg iron/15 ml LIQUID	*	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferro-sequels (iron-vit c) 200 mg (65 mg iron)-25 mg TABLET ER	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrocite 324 mg (106 mg iron) TABLET	*	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron), 89 mg (29 mg iron) TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ferrous gluconate 18 mg iron CAPSULE	*	
ferrous gluconate 236 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron), 256 mg (28 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 142 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml LIQUID	*	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron), 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
fever reducer 120 mg SUPPOSITORY	*	
FEVERALL 120 MG, 650 MG SUPPOSITORY	*	
fexofenadine-pseudoephedrine 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
fexofenadine-pseudoephedrine 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	*	
fiber (dextrin) 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
fiber (dextrin) 3 gram/4 gram POWDER IN PACKET	*	
fiber (psyllium husk) 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
fiber delights 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies 1.7 gram, 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with b-complex) 2.5 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with chromium) 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	*	
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	*	
fiber select gummies 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement (inulin) 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
fiber therapy (ca polycarboph) 625 mg TABLET	*	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy laxative (husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	
fiber with probiotic 4 g-500 million cell/6 gram POWDER	*	
fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber-lax 625 mg TABLET	*	
FIBER-STAT 15 GRAM/30 ML LIQUID	*	
fiber-tabs 625 mg TABLET	*	
FIBERCON 625 MG TABLET	*	
fiberex f15 15 gram/30 ml LIQUID	*	
first aid antibiotic 3.5-500-10,000 mg-unit-unit, 3.5mg-400 unit-5,000 unit/gram OINTMENT	*	
first aid antibiotic-pain rlf 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST KIT	*	
flanax (naproxen) 220 mg TABLET	*	
flavor chews antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
fleet bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	*	
fleet docusate 100 mg CAPSULE	*	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	*	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
FLEET MINERAL OIL ENEMA	*	
flevoxin 1,000-50-50 mg TABLET ER	*	
flexitol 25 % CREAM	*	
FLINTSTONES MULTIVITAMIN 300 MCG CHEWABLE TABLET	*	
flintstones/extra c CHEWABLE TABLET	*	
flonase headache-allergy rlf 2-5-325 mg TABLET	*	
FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF 2.5 MG TABLET	*	
FLORANEX 1 MILLION CELL TABLET	*	
floranex 100 million cell GRANULES IN PACKET	*	
FLORAVANCE 15 BILLION CELL CAPSULE	*	
floraxyl 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
flu hbp 2-10-325 mg, 2-15-500 mg TABLET	*	
flu severe cold-night(diph-pe) 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	
flu-severe cold-cough daytime 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
flu-severe cold-cough night 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluoride (sodium) 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	*	
fluoride (sodium) 0.5 mg (1.1 mg sod.fluorid)/ml DROPS	*	
foaming acne face wash 10 % CLEANSER	*	
foaming antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	*	
FOLAFY ER 25,500 MCG DFE TABLET ER	*	
folamax 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folaprim 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
folbee 2.5-25-1 mg TABLET	*	
folbee plus 5 mg TABLET	*	
folbic 2.5-25-2 mg TABLET	*	
folbic rf 2-1.13-25 mg TABLET	*	
folic acid 0.8 mg, 20 mg, 480 mcg CAPSULE	*	
folic acid 1 mg TABLET	1	
folic acid 1 mg, 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	
folic acid 5 mg/ml SOLUTION	1	
folic acid-vit b6-vit b12 0.5-5-0.2 mg TABLET	*	
folic d3 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	*	
folitab 105 mg iron- 500 mg-800 mcg TABLET ER	*	
folivane-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
folivane-plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
folplex 2.2 2.2-25-0.5 mg TABLET	*	
foltabs 800 0.8-10-115 mg-mg-mcg TABLET	*	
foltanx 2-3-35 mg TABLET	*	
foltanx rf 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	*	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	*	
FOLTIX 2-1.13-25 MG TABLET	*	
folvite-d 94 mcg- 1 mg TABLET	*	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
formula 3 1 % SOLUTION	*	
fruit c 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	*	
fungi-nail 25 % SOLUTION	*	
fungi-nail (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
FUNGOID TINCTURE 2 % TINCTURE	*	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
g-fenesin 400 mg TABLET	*	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	*	
G-SUPRESS DX 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
g-tron ped 10-15-350 mg/5 ml LIQUID	*	
g-tron ped 2.5-5-100 mg/ml DROPS	*	
G-TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	*	
gas relief (simethicone) 125 mg, 180 mg, 250 mg CAPSULE	*	
gas relief (simethicone) 125 mg, 80 MG CHEWABLE TABLET	*	
gas relief 80 (simethicone) 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
gas relief extra strength 125 mg CAPSULE	*	
gas relief extra strength 125 mg CHEWABLE TABLET	*	
gas relief ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
gas-x 250 mg CAPSULE	*	
gas-x extra strength 125 mg CAPSULE	*	
GAS-X EXTRA STRENGTH 125 MG CHEWABLE TABLET	*	
GAS-X ULTRA-STRENGTH 180 MG CAPSULE	*	
gavilax 17 gram/dose POWDER	*	
GAVISCON 95-358 MG/15 ML SUSPENSION	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160-105 MG CHEWABLE TABLET	*	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254-237.5 MG/5 ML SUSPENSION	*	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200-200-25 MG CHEWABLE TABLET	*	
gencontuss 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
genicin 500 mg CAPSULE	*	
genoravance 15 billion cell CAPSULE	*	
gentian violet 1 %, 2 % SOLUTION	*	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	*	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
gentle laxative (mag hydrox) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
gentlelax 17 gram/dose POWDER	*	
geri-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
geri-dryl 25 mg TABLET	*	
geri-kot 8.6 mg TABLET	*	
geri-lanta 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-lanta supreme 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	*	
geri-mox antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glucosamine sulfate 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET	*	
glucosamine sulfate-msm 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine sulfate-msm 500-500 mg TABLET	*	
glucosamine-chond-msm complex 375-500-15-0.5 mg TABLET	*	
glucosamine-chondr (msm-hyal) 500-66.7-500-2 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroit-vit c-mn 750-600-55-5 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 1,500-1,200 mg/30 ml, 2,000-1,200 mg/30 ml LIQUID	*	
glucosamine-chondroitin 167-133 mg, 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine-chondroitin 250-200 mg, 500-400 mg, 750-60-150-1 mg, 750-600 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 750-600 mg CHEWABLE TABLET	*	
glucosamine-chondroitin 3x 750-625-30 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin complx 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine-chondroitin complx 500-416.6-20 mg, 750-625-1,000 mg-mg-unit, 750-625-30 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin ds 500-416.6-20 mg TABLET	*	
glucosamine-chondroitin max st 500-400 mg CAPSULE	*	
glucosamine-chondroitin-uc ii 125-100-40-10 mg TABLET	*	
glucosamine-d3-boswellia serr 1,500-400-100 mg-unit-mg TABLET	*	
glucosamine-d3-hyaluronic acid 1,000 mg- 25 mcg-1.65 mg TABLET	*	
glucosamine-fish oil 500-400-5 mg-mg-unit CAPSULE	*	
glucosamine-msm-chondr-d3-bosw 25 mcg- 937.5 mg TABLET	*	
glucosamine-msm-hyaluron acid 500-500-1.1 mg TABLET	*	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	*	
glycerin (child) SUPPOSITORY	*	
goniotaire 2.5 % DROPS	*	
goody's back and body pain 500-325 mg PACKET	*	
GORMEL 20 % CREAM	*	
guaiasorb dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin 200 mg, 400 mg TABLET	*	
guaifenesin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
guaifenesin dac 30-10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
guaifenesin-dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
gummi bear multivitamin CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
gummy dinos CHEWABLE TABLET	*	
GYNE-LOTRIMIN 2 % CREAM	*	
gyne-lotrimin 7 1 % CREAM	*	
hair vitamins TABLET	*	
hair, skin and nails (biotin) 10,000 mcg CHEWABLE TABLET	*	
hair,skin and nails 1 mg iron-66.7 mcg-1,000 mcg TABLET	*	
hair,skin and nails(fa-biotin) 100-1,500 mcg, 66.7-1,666.7 mcg TABLET	*	
halls defense 60 mg LOZENGE	*	
HARD NAILS 2,500 MCG CAPSULE	*	
head congestion day-night 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
head congestion-flu severe pe 5-10-325-100 mg TABLET	*	
head congestion-mucus 5-325-200 mg TABLET	*	
headache pm 25-500 mg TABLET	*	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	*	
headache relief pm 38-500 mg TABLET	*	
healthy eyes 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
healthy eyes supervision 4,296 mcg-226 mg-90 mg CAPSULE	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg TABLET	*	
heartburn relief 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg TABLET	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron- 1 mg TABLET	*	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg TABLET	*	
hematogen fa 200-250-0.01-1 mg CAPSULE	*	
hematogen forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON- 1 MG CAPSULE	*	
hemorrhoid OINTMENT	*	
hemorrhoidal OINTMENT	*	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal 0.25-3-12 % CREAM	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal cooling 0.25-50 % GEL	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hemorrhoidal cream 0.25-1 % CREAM	*	
hemorrhoidal h SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal relief 5 % CREAM	*	
hemorrhoidal(pe-min oil-petro) 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	
herbiomed allergy cold-sinus 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	*	
herbiomed severe cold-flu m-s 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
hi-cal plus vit d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
high potency iron 134 mg (27 mg iron), 27 mg iron TABLET	*	
high potency multivit (w-iron) 18-400 mg-mcg TABLET	*	
high potency multivitamin 400 mcg TABLET	*	
HISTEX PD 0.938 MG/ML DROPS	*	
histex pe 10-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
HISTEX-DM (PE) 2.5-10-20 MG/5 ML LIQUID	*	
home lice-bedbug-dust mite spr 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	*	
hydralyte PACKET	*	
hydralyte SOLUTION	*	
hydrating electrolyte PACKET	*	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 0.5 % OINTMENT	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone 1 % LOTION	*	
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone acetate 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocream 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrolatum OINTMENT	*	
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
HYDROPHILIC PETROLATUM OINTMENT	*	
HYDROPHOR 42 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
hylavite 1 mg TABLET	*	
i-prin 200 mg TABLET	*	
I-VITE 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG TABLET	*	
ibu-200 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION	*	
ibuprofen 200 mg CAPSULE	*	
ibuprofen 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
ibuprofen cold-sinus(with pse) 30-200 mg TABLET	*	
ibuprofen ib 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen jr strength 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
ibuprofen pm 200-25 mg CAPSULE	*	
ibuprofen pm 200-38 mg TABLET	*	
ibuprofen-acetaminophen 125-250 mg TABLET	*	
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	*	
ICAR-C 100-250 MG TABLET	*	
ICAR-C PLUS 100-250-25-1 MG-MG-MCG-MG TABLET	*	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
iferex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
igualtuss 10-28-388 mg/5 ml LIQUID	*	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	*	
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 2 MG TABLET	*	
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF 2-125 MG TABLET	*	
infant fever reducer-pain relf 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFANT'S ADVIL 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML SUSPENSION	*	
infant-toddler multivit 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
infant-toddler multivit-iron 11 mg iron/ml DROPS	*	
infant-toddler multivitamin 250 mcg-50 mg- 10 mcg-5 mg/ml DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
infants gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants profenib 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants simethicone 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' mylicon 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFUVITE ADULT 3,300 UNIT- 150 MCG/10 ML SOLUTION	*	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT- 200 MCG/5 ML SOLUTION	*	
INTEGRA F 125-1-40-3 MG CAPSULE	*	
INTEGRA PLUS 125 MG IRON- 1 MG CAPSULE	*	
intestinex 680 mg (750 million cell) CAPSULE	*	
invigoflex d 750 mg TABLET	*	
inzo antifungal 2 % CREAM	*	
iron 159 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
iron 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
iron 100 plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
iron bisglycinate chelate 28 mg iron, 29 mg iron CAPSULE	*	
iron chews 15 mg CHEWABLE TABLET	*	
iron folate plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
iron folate-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
iron,carbonyl-vitamin c 100-250 mg TABLET	*	
is-d-10,000 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
itch relief 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	
itch relief 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
itch relief (pramoxine-zinc) 1-0.1 % LOTION	*	
itch stopping(diphenhydramine) 2 % GEL	*	
ivermectin 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
jr. strength pain reliever 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
julie 1.5 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
k-pax immune support 2.25 mg iron- 100 mcg TABLET	*	
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
k2 plus d3 1,000-100 unit-mcg TABLET	*	
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) 262 MG TABLET	*	
kaopectate (bismuth subsalicy) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
kelp-lecithin-b6 TABLET	*	
ketotifen fumarate 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
keyfolic 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
kids multivitamin complete 18 mg iron CHEWABLE TABLET	*	
kids vitamin d3 10 mcg (400 unit) CHEWABLE TABLET	*	
kids' gummy CHEWABLE TABLET	*	
KIMONO LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
kinderlyte PACKET	*	
kinderlyte SOLUTION	*	
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kindermed kid night cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kobee 0.4 mg TABLET	*	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) 3.5 GRAM POWDER IN PACKET	*	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM POWDER IN PACKET	*	
l-methyl-mc 6-5-50-1 mg TABLET	*	
l-methylfolate forte 15-90.314 mg, 7.5-90.314 mg CAPSULE	*	
l. acidophilus-b. coagulans 35 million- 25 million cell TABLET	*	
l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm 175 mg CAPSULE	*	
l.acidophilus-bifido.longum 15 mg (1 billion cell), 16 mg CAPSULE, DR/EC	*	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l. bifid 1 billion cell WAFER	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lactobacillus acidoph-l.bulgar 100 million cell GRANULES IN PACKET	*	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell, 2 billion cell TABLET	*	
lactobacillus acidophilus 1 mg WAFER	*	
lactobacillus acidophilus 100 mg (1 billion cell), 25 million cell, 500 million cell CAPSULE	*	
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	*	
levomefol-b6-meb12-algal oil 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	*	
levomefolate calcium 15 mg, 7.5 mg TABLET	*	
levomefolate-algal oil 15-90.314 mg CAPSULE	*	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	*	
lice bedding spray 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lice complete kit 1-2-3 4-0.33-0.5 % KIT	*	
lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice killing (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice pyrinyil shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice solution 4-0.33-0.5 % KIT	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lidocaine 5 % CREAM	*	
lintera 10 % CLEANSER	*	
LIP TREATMENT GEL	*	
liquibid d-r 10-400 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
liquid c 500 mg/5 ml LIQUID	*	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
liquid corn and callus remover 17 % LIQUID	*	
liquituss gg 200 mg/5 ml LIQUID	*	
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET	*	
little animals-iron CHEWABLE TABLET	*	
little remedies fever and pain 160 mg/5 ml LIQUID	*	
little remedies gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
little tummys gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
lmefol ca-acetyl-meb12-algal 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	*	
LMX 5 5 % CREAM	*	
lohist - d 2-30 mg/5 ml LIQUID	*	
lohist-dm 2-5-10 mg/5 ml LIQUID	*	
long acting nasal decong (pse) 120 mg TABLET ER	*	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
loperamide 2 mg TABLET	*	
loperamide-simethicone 2-125 mg TABLET	*	
lorata-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
lorata-dine d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine-d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
loratadine-d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
lotrimin af 2 % AEROSOL SPRAY	*	
lotrimin af 2 % POWDER	*	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % CREAM	*	
lotrimin af jock itch powder 2 % AEROSOL POWDER	*	
lotrimin af powder 2 % AEROSOL POWDER	*	
LOTRIMIN ULTRA 1 % CREAM	*	QL(30 cada 30 días)
lubricant redness reliever 0.05-1 % DROPS	*	
ludent fluoride 0.25 mg(0.55 mg sod. fluoride), 0.5 mg (1.1 mg sodium fluorid), 1 mg (2.2 mg sod. fluoride) CHEWABLE TABLET	*	
LUMIFY 0.025 % DROPS	*	
lunitene 30 mg CAPSULE	*	
lycopene 10 mg CAPSULE	*	
lysiplex plus LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mapap cold formula 5-10-325 mg TABLET	*	
maxallergy kids 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss g 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss gmx 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss jr 2.5-5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe 2-5 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe jr 2.5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss pe max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxi-tuss tr 1.25-30 mg/5 ml SYRUP	*	
maximum strength cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml LIQUID	*	
maxrelief junior 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
maxtussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
maxtussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
me-thfolate glucos-mecobalamin 1,000 mcg dfe- 2,500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
meclizine 12.5 mg, 25 mg TABLET	*	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg LOZENGE	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
mecobalamin (vitamin b12) 1,000 mcg, 5,000 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
medi-meclizine 25 mg TABLET	*	
MEDI-PADS 50 % PADS, MEDICATED	*	
medi-seltzer 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
medicated pads 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicated wipes 50 % PADS, MEDICATED	*	
medicidin-d 2-5-325 mg TABLET	*	
mediplast corn-callus-wart 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
mediproxen 220 mg TABLET	*	
mega biotin 10,000 mcg CAPSULE	*	
mega multi for women 13.5-200-250 mg-mcg-mcg TABLET	*	
mega multiple/chelated mineral TABLET	*	
mega multivitamin for men 200-175-250 mcg TABLET	*	
men 50 plus advanced one daily 400-20-370 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
men 50 plus multivitamin 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
men under 50 multivitamin 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
men's 50 plus daily formula 400-20-370 mcg TABLET	*	
men's 50 plus multivitamin 400-20-370 mcg TABLET	*	
men's daily formula 400-20-300 mcg TABLET	*	
men's daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
men's multivitamin 200-60-600 mcg TABLET	*	
men's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
men's one daily 400-20-300 mcg TABLET	*	
men's pack 0.4-250 mg-mcg COMBO PACK	*	
menstrual complete 500-60-15 mg TABLET	*	
menstrual pain relief 500-25-15 mg TABLET	*	
menstrual relief 500-60-15 mg TABLET	*	
menstrual relief(pamabr-pyiril) 500-25-15 mg TABLET	*	
MERIBIN 5 MG CAPSULE	*	
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
metafolbic 6-5-50-1 mg TABLET	*	
metafolbic plus 600-2-6 mg TABLET	*	
metafolbic plus rf 6 mg-600 mg- 2 mg-90.314 mg TABLET	*	
METAMUCIL 0.4 GRAM CAPSULE	*	
metamucil (sugar) POWDER	*	
metamucil (with sugar) 3 GRAM/7 GRAM, 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR) 3 GRAM/7 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART) 3.4 GRAM/5.8 GRAM POWDER	*	
metamucil sunrise POWDER	*	
METANX (ALGAL OIL) 3 MG-35 MG-2 MG -90.314 MG CAPSULE	*	
methyltetrahydrofolate glucos 1,700 mcg dfe, 680 mcg dfe, 8,500 mcg dfe CAPSULE	*	
mg217 psoriasis (coal tar) 2 % OINTMENT	*	
mgo 400 mg (241.3 mg magnesium) TABLET	*	
micatin 2 % CREAM	*	
miclara dm 2.5-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
miclara lq 1.25 mg/5 ml SYRUP	*	
micomitin 1 % SOLUTION	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
miconazole nitrate 1,200-2 mg-%, 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole nitrate 2 % AEROSOL POWDER	*	
miconazole nitrate 2 % CREAM	*	
miconazole nitrate 2 % POWDER	*	
miconazole nitrate 2 % SOLUTION W/APPLICATOR	*	
miconazole nitrate 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %) CREAM	*	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	*	
miconazole-3 prefil,cream,wipe 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	*	
miconazole-7 2 % CREAM	*	
miconazole-skin clnsr17 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) KIT	*	
miconazorb af 2 % POWDER	*	
micotrin ac 1 % CREAM	*	
micotrin al 1 % SOLUTION	*	
micotrin ap 2 % POWDER	*	
micro-guard 2 % POWDER	*	
microflor 33 33 billion cell CAPSULE	*	
MIDOL COMPLETE 500-60-15 MG TABLET	*	
MIDOL MAX ST MENSTRUAL 500-60-15 MG TABLET	*	
midol pm 38-500 mg TABLET	*	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	*	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	*	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	*	
milltrium senior TABLET	*	
mineral oil ENEMA	*	
mineral oil OIL	*	
mineral oil extra heavy OIL	*	
mineral oil heavy OIL	*	
mini enema 283-20 mg/5 ml ENEMA	*	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mucinex fast-max sv cong-cough 10-200 mg CAPSULE	*	
mucinex sinus-max cng-pain(dm) 5-10-325 mg CAPSULE	*	
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST 12.5-5-325 MG/10 ML LIQUID	*	
mucinex sinus-max pressure-cgh 5-10-325-200 mg TABLET	*	
mucinex sinus-max sev congestn 5-325-200 mg TABLET	*	
mucosa 400 mg TABLET	*	
mucosa dm 20-400 mg TABLET	*	
mucus d 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus dm 30-600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus dm max er 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus relief 400 mg TABLET	*	
mucus relief cold and sinus 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	*	
mucus relief cold and sinus 5-325-200 mg TABLET	*	
mucus relief cold-flu-sore thr 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
mucus relief cold-flu-sore thr 5-10-325-200 mg TABLET	*	
mucus relief congestion-cough 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucus relief d (pseudoephed) 120-1,200 mg, 60-600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus relief d (pseudoephed) 40-400 mg TABLET	*	
mucus relief dm 20-400 mg TABLET	*	
mucus relief dm cough 20-400 mg TABLET	*	
mucus relief dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
mucus relief er 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus relief er dm-max 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
mucus relief pe 10-400 mg TABLET	*	
mucus relief sev congest-cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
mucus relief severe cold 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
mucus relief sinuspressur-pain 5-325-200 mg TABLET	*	
mucus rlf severe sinus congest 5-325-200 mg TABLET	*	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML LIQUID	*	
mucus-er max 1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
multi antibiotic plus 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
multi complete with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
multi vitamin 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
MULTI-DAY PLUS MINERALS 18 MG IRON-400 MCG-25 MCG TABLET	*	
multi-day with iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
multi-purpose ointment 53.4-15.5 % OINTMENT	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
multi-symptom cold (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	*	
multi-symptom relief eye 0.05-0.25-1 % DROPS	*	
multi-symptom severe cold-nt 10mg(dy)/25mg- 10mg-650mg-(nt) POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	*	
multi-vit with fluoride-iron 0.25mg fluoride -10 mg iron/ml DROPS	*	
multi-vitamin hp/minerals CAPSULE	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg CHEWABLE TABLET	*	
multi-vitamin with fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
multi-vite 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multigen 70 mg-150 mg-10 mcg-2 mg-75 mg TABLET	*	
multigen folic 70-150-10-1-2 mg-mg-mcg-mg-mg TABLET	*	
multigen plus 151-60-10-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
multihealth fiber 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
multihealth fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
multiple vitamin-minerals TABLET	*	
multiple vitamins TABLET	*	
multivit with min-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
multivit with min-folic acid 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
multivit,calc,min-fa-k1-lycop 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	*	
multivit-fluoride (metafolin) 0.25 mg fluoride, 0.5 mg fluoride, 1 mg fluoride CHEWABLE TABLET	*	
multivit-min-ferrous fumarate 15 mg iron TABLET	*	
multivit-min-folic acid-lutein 200-137.5 mcg CHEWABLE TABLET	*	
multivit-min-iron fum-folic ac 7.5 mg iron-400 mcg TABLET	*	
multivitamin TABLET	*	
multivitamin 50 plus TABLET	*	
multivitamin with iron TABLET	*	
multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
multivitamin women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
MURINE EAR 6.5 % DROPS	*	
murine ear wax removal system 6.5 % DROPS	*	
muro 128 2 %, 5 % DROPS	*	
MURO 128 5 % OINTMENT	*	
my choice 1.5 mg TABLET	*	
my way 1.5 mg TABLET	*	
my-vitalife CAPSULE	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
noble formula 2 % SHAMPOO	*	
noble formula hc 1 % AEROSOL SPRAY	*	
noble formula hc 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
nohist-dm 4-10-15 mg/5 ml LIQUID	*	
nohist-lq 4-10 mg/5 ml LIQUID	*	
non-aspirin 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
non-aspirin 325 mg TABLET	*	
non-aspirin 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
non-aspirin extra strength 500 mg TABLET	*	
non-aspirin pain relief 500 mg TABLET	*	
non-aspirin pm 25-500 mg TABLET	*	
nortemp 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
nortemp 80 mg/0.8 ml DROPS	*	
norwegian cod liver oil 1,250-135 unit CAPSULE	*	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	*	
numbcream 5 % CREAM	*	
NUPERCAINAL 1 % OINTMENT	*	
nusyllium 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
ocutabs TABLET	*	
ocuvite with lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
odor control foot-sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS	*	
omnicap 0.4 mg TABLET	*	
oncovite TABLET	*	
one daily 0.4-600 mg-mcg TABLET	*	
one daily energy 9 mg iron-400 mcg-200 mg TABLET	*	
one daily essential 0.4 mg, 0.5 mg, 400 mcg TABLET	*	
one daily for men 0.4-600 mg-mcg TABLET	*	
one daily for men 50 plus adv 400-600-120 mcg-mcg-mg TABLET	*	
one daily for women 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily healthy weight 200-18-0.4 mg TABLET	*	
one daily maximum 18-0.4 mg TABLET	*	
one daily men's 50 plus memory 400-600-120 mcg-mcg-mg TABLET	*	
one daily men's 50 plus w-d3 400-20-370 mcg TABLET	*	
one daily men's health 240 mcg-30 mcg- 300 mcg TABLET	*	
one daily multivit-iron(folic) 18-400 mg-mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
one daily multivitamin 400 mcg TABLET	*	
one daily plus iron 18-400 mg-mcg TABLET	*	
ONE DAILY PLUS MINERALS TABLET	*	
one daily prenatal 28-800-440 mg-mcg-mg COMBO PACK	*	
one daily women 50 plus 400-120 mcg-mg TABLET	*	
one daily women 50 plus(vit k) 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
one daily women's 18 mg iron- 400 mcg, 18 mg iron-400 mcg-25 mcg, 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca TABLET	*	
one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg.ca TABLET	*	
one daily womens 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
ONE STEP OVULATION TEST KIT	*	
ONE STEP PREGNANCY TEST KIT	*	
one-a-day cholesterol plus 0.4 mg TABLET	*	
one-a-day essential TABLET	*	
one-a-day maximum formula TABLET	*	
one-a-day men vitacraves 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day men's pro edge 0.4 mg TABLET	*	
one-a-day teen advantage 18-400 mg-mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
ONE-A-DAY VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET	*	
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY 200 MCG CHEWABLE TABLET	*	
ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES 200 MCG CHEWABLE TABLET	*	
one-a-day women's 50 plus 0.4 mg TABLET	*	
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET	*	
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 600 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
onevite daily multivitamin 400 mcg TABLET	*	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	*	
OPTIFLEX-G 750 MG TABLET	*	
optimal d3 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
option-2 1.5 mg TABLET	*	
oral saline laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oralyte SOLUTION	*	
ortho df 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	*	
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN) 1,500-400-100 MG-UNIT-MG TABLET	*	
OVULATION TEST KIT	*	
oysco 500/d 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
oyster shell + d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) TABLET	*	
oyster shell calcium and mag 250-155 mg TABLET	*	
oyster shell calcium-vit d3 250 mg-3.125 mcg (125 unit), 500 mg-10 mcg (400 unit), 500 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
oystercal-d 500 mg-10 mcg (400 unit) TABLET	*	
P AND S (SALICYLIC ACID) 2 % SHAMPOO	*	
p-col rite 8.6-50 mg TABLET	*	
pain and sleep 25-500 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 160 mg/5 ml LIQUID	*	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain relief (acetaminophen) 650 mg TABLET ER	*	
pain relief (aspirin-caffeine) 845-65 mg POWDER IN PACKET	*	
pain relief (ibuprofen) 200 mg TABLET	*	
pain relief adult 500 mg/15 ml LIQUID	*	
pain relief cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	*	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	*	
pain relief pm 25-500 mg TABLET	*	
pain relief pm (w-aspirin) 250-250-38 mg TABLET	*	
pain relief pm rapid release 25-500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetam-aspirin) 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pain reliever (acetaminophen) 650 mg SUPPOSITORY	*	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	*	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	*	
pain reliever pm ex-strength 25-500 mg TABLET	*	
pain-off 250-250-65 mg TABLET	*	
panoxyl 10 %, 4 % CLEANSER	*	
panoxyl (salicylic acid) 2 % LIQUID	*	
PATADAY ONCE DAILY RELIEF 0.2 % DROPS	*	
PATADAY TWICE DAILY RELIEF 0.1 % DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PDG OVULATION CONFIRM TEST KIT	*	
pecgen dmx 10-187 mg/5 ml LIQUID	*	
pecgen pse 30-10-187 mg/5 ml LIQUID	*	
pedi multivit no.194-iron sulf 10 mg iron/ml DROPS	*	
pedia d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
pedia iron 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
PEDIA POLY-VITE WITH IRON 11 MG IRON/ML DROPS	*	
pedia tri-vite 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	*	
PEDIACLEAR PD 0.625 MG/ML DROPS	*	
PEDIALYTE SOLUTION	*	
PEDIALYTE ADVANCED CARE SOLUTION	*	
PEDIALYTE FREEZER POPS SOLUTION	*	
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT SOLUTION	*	
PEDIALYTE SINGLES SOLUTION	*	
pediatric d-vite 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
pediatric electrolyte SOLUTION	*	
pediatric electrolyte 10.6-4.7 meq/8.5 gram POWDER IN PACKET	*	
pediatric enema 9.5-3.5 gram/59 ml ENEMA	*	
pediatric freezer pops SOLUTION	*	
pediatric multivitamin no.171 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	*	
pediatric tri-vite 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
pep-t-med 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
PEPCID AC 10 MG, 20 MG TABLET	*	
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH 20 MG TABLET	*	
PEPCID COMPLETE 10-800-165 MG CHEWABLE TABLET	*	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET	*	
pepto-bismol 262 mg TABLET	*	
PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML SUSPENSION	*	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML SUSPENSION	*	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET	*	
percogesic backache relief 580 (467) mg TABLET	*	
percogesic extra strength 12.5-500 mg TABLET	*	
PERSA-GEL 10 % GEL	*	
PETROLATUM, YELLOW (BULK) 100 % GEL	*	
PETROLEUM JELLY GEL	*	
PETROLEUM JELLY, WHITE GEL	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pharbechlor 4 mg TABLET	*	
pharbedryl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
pharbetol 325 mg, 500 mg TABLET	*	
pharbinex-dm 20-400 mg TABLET	*	
PHAZYME 180 MG, 250 MG CAPSULE	*	
phenazopyridine 95 mg TABLET	*	
phenylephrine hcl 10 mg TABLET	*	
phenylephrine-dm-guaifenesin 10-18-200 mg/15 ml LIQUID	*	
phillips 500 mg magnesium TABLET	*	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML SUSPENSION	*	
phillips' liqui-gels 100 mg CAPSULE	*	
PHOS-NAK 280-160-250 MG POWDER IN PACKET	*	
phosphate laxative 7.2-2.7 gram/15 ml LIQUID	*	
phosphorous supplement 280-160-250 mg POWDER IN PACKET	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml SYRINGE	*	
phytonadione (vitamin k1) 1 mg/0.5 ml, 10 mg/ml SOLUTION	*	
phytonadione (vitamin k1) 100 mcg TABLET	*	
phytonadione (vitamin k1) 500 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	*	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
pink bismuth 262 mg TABLET	*	
pink bismuth 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
pinrid 250 mg CHEWABLE TABLET	*	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	*	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	*	
plantar wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
pm pain relief 25-500 mg TABLET	*	
pnv no.95-ferrous fumarate-fa 28 mg iron- 800 mcg TABLET	*	
poison ivy dual action CLEANSER	*	
poison ivy treatment 0.25-0.5-10 % AEROSOL SPRAY	*	
poly bacitracin (zinc) 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
poly-iron 150 mg iron CAPSULE	*	
poly-iron 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
POLY-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	*	
poly-vita drops 750 unit-35 mg- 400 unit/ml DROPS	*	
poly-vita with iron 10 mg/ml DROPS	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RECTICARE 5 % CREAM	*	
redness relief 0.012-0.2 %, 0.012-0.25 %, 0.03-0.5 % DROPS	*	
redness reliever eye drops 0.05 % DROPS	*	
redness reliever lubricant 0.012-0.2 % DROPS	*	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	*	
refenesen 400 mg TABLET	*	
refenesen dm 20-400 mg TABLET	*	
refenesen pe 10-400 mg TABLET	*	
regener-eyes pro 0.5 % DROPS	*	
reguloid (aspartame) 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
reguloid (psyllium husk) 0.4 gram CAPSULE	*	
reguloid (psyllium husk) 3 gram/5.4 gram POWDER	*	
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) 3 GRAM/12 GRAM, 3 gram/7 gram POWDER	*	
remedy antifungal 2 % POWDER	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % OINTMENT	*	
remedy phytoplex antifungal 2 % POWDER	*	
rena-vite 0.8 mg TABLET	*	
rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET	*	
renal caps 1 mg CAPSULE	*	
renal vitamin 0.8 mg TABLET	*	
renal-vite 0.8 mg TABLET	*	
renewal bath treatment PACKET	*	
reno caps 1 mg CAPSULE	*	
RESCON-GG 5-100 MG/5 ML LIQUID	*	
RESPA-AR 8-90-0.24 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
retaine allergy 0.2 % DROPS	*	
REVEAL GET PREGNANT QUICK COMBO PACK	*	
REVEAL OVULATION PREDICTOR KIT	*	
REVEAL OVULATION TEST KIT	*	
REVEAL PREGNANCY TEST KIT	*	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg CAPSULE	*	
riboflavin (vitamin b2) 100 mg, 25 mg, 400 mg, 50 mg TABLET	*	
rid lice killing 0.33-4 % SHAMPOO	*	
ringworm 1 % CREAM	*	
RISA-BID 1 BILLION CELL- 250 MG TABLET	*	
risacal-d 100 mg calcium- 3 mcg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
selsun blue 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue (pyrithione zinc) 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue (salicylic acid) 2 %, 3 % SHAMPOO	*	
selsun blue 2-in-1 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue moisturizing 1 % SHAMPOO	*	
selsun blue naturals 3 % SHAMPOO	*	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senior tabs 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
senna 8.6 mg CAPSULE	*	
senna 8.6 mg TABLET	*	
senna lax 8.6 mg TABLET	*	
senna laxative 8.6 mg TABLET	*	
senna leaf 450 mg CAPSULE	*	
senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP	*	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	*	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	*	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	*	
sennosides 8.6 mg TABLET	*	
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	*	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	*	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	*	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	*	
sentry 18-400 mg-mcg TABLET	*	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg, 500-300-250 mcg TABLET	*	
severe allergy 12.5-500 mg TABLET	*	
severe allergy-sinus headache 25-5-325 mg TABLET	*	
severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold and flu (pe) 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold and flu nighttime 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold and flu(day/night) 6.25-5-325 mg/15 ml (nt) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
severe cold and flu-day (dm) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
severe cold multi-symptom 5-10-325-200 mg TABLET	*	
severe cold pe 12.5-5-325 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
severe congestion relief 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	*	
severe cough-congestion 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
severe sinus 5-325-200 mg TABLET	*	
shake that ache 500 mg TABLET	*	
simethicone 125 mg, 180 mg CAPSULE	*	
simethicone 125 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
sinus 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
sinus and allergy pe 4-10 mg TABLET	*	
sinus and cold-d 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
sinus congestion and pain 5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain (ibu-pe) 200-10 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(chlorph) 2-5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(guafif) 5-325-200 mg TABLET	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinus decongestant (pe) 10 mg TABLET	*	
sinus headache pe 5-325 mg TABLET	*	
sinus pain-pressure (pe) 5-325 mg, 5-500 MG TABLET	*	
sinus pe decongestant 10 mg TABLET	*	
sinus pe pressure-pain-cold 5-10-325-100 mg TABLET	*	
sinus pressure-cong relief pe 10 mg TABLET	*	
sinus relief (non-drowsy) 5-325 mg TABLET	*	
sinus relief max str day-night 5-325 mg(d)/ 12.5-5-325mg(n), 5-325-200mg(d)/ 25-5mg-325mg(n) TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinus relief pressure and pain 5-325-200 mg TABLET	*	
sinus-headache day-night 2-5-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinutrol pe 2-5-325 mg TABLET	*	
skin protectant a and d OINTMENT	*	
skin protectant a-d (pet, lan) OINTMENT	*	
skin protectant petrolatum 44 % OINTMENT	*	
skin success anti-acne 3 % BAR	*	
skin treatment 12 % LOTION	*	
skintegrity skin CREAM	*	
SKLICE 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
slow release iron 140 mg (45 mg iron), 142 mg (45 mg iron), 143 mg (45 mg iron), 144 mg (45 mg iron), 160 mg (50 mg iron), 168 mg (50 mg iron), 250 mg (50 mg iron) TABLET ER	*	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
smoothlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
smoothlax 17 gram/dose POWDER	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
sodium chloride 5 % DROPS	*	
sodium chloride 5 % OINTMENT	*	
solarhist 1-2 % LOTION	*	
soluble fiber 500 mg TABLET	*	
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml DROPS	*	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg TABLET	*	
soothe and cool skin paste OINTMENT	*	
soothe regular strength 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
soothing bath treatment PACKET	*	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	*	
sorbugen nr 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
spectravite adult 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite adult 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
spectravite adult 50 plus(lut) 500-250 mcg CHEWABLE TABLET	*	
spectravite advanced formula 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite men 50 plus 300-60-600-300 mcg TABLET	*	
spectravite men's 8 mg iron- 200 mcg-600 mcg TABLET	*	
spectravite women 18-400 mg-mcg TABLET	*	
spectravite women 50 plus 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
st.joseph aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	*	
st. joseph aspirin 81 mg TABLET, DR/EC	*	
stahist t 2.5 mg TABLET	*	
sterile eye drops 0.05 % DROPS	*	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	*	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
stomach relief 262 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stomach relief original 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
stool softener 100 mg TABLET	*	
stool softener 100 mg, 250 mg, 50 mg CAPSULE	*	
stool softener 50 mg/5 ml LIQUID	*	
stool softener 60 mg/15 ml SYRUP	*	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	*	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	*	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	*	
stop lice 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
strawberry c 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
STRESS B WITH ZINC TABLET	*	
stress b-complex 500 mg-400 mcg- 24 mg-3 mg TABLET	*	
STRESS FORMULA TABLET	*	
STRESS FORMULA WITH ZINC TABLET	*	
SUDAFED 30 MG TABLET	*	
SUDAFED 12 HOUR 120 MG TABLET ER	*	
SUDAFED PE 10 MG TABLET	*	
SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU 5-10-325-100 MG TABLET	*	
SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS 5-325-200 MG TABLET	*	
sudafed pe head congestn-pain 200-10 mg TABLET	*	
SUDAFED PE PRESSURE-PAIN 5-325 MG TABLET	*	
sudafed sinus 12hr pressr-pain 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
sudogest 30 mg, 60 mg TABLET	*	
sudogest 12-hour 120 mg TABLET ER	*	
sudogest cold and allergy 4-60 mg TABLET	*	
SULFO-LO 3 % BAR	*	
super b maxi complex 0.4 mg TABLET	*	
SUPER B/C CAPSULE	*	
super calcium 600 mg calcium (1,500 mg) TABLET	*	
SUPER DAILY D3 25 MCG/DROP ( 1000 UNIT/DROP), 50 mcg/drop (2,000 unit/drop) DROPS	*	
SUPER MULTIVITAMIN TABLET	*	
super probiotic 20 billion cell CAPSULE	*	
super quints 0.4 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	*	
tri-vitamin with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
triacetin 100 % LIQUID	*	
tricon 110-0.5 mg CAPSULE	*	
trigels-f forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
tripenicol s 25 % SOLUTION	*	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5-400-5,000 MG-UNIT-UNIT OINTMENT IN PACKET	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
triple antibiotic plus 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple antibiotic spray 3.5-400-5,000 mg-unit-unit AEROSOL SPRAY	*	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple magnesium complex 400 mg magnesium CAPSULE	*	
triple paste 40 % OINTMENT	*	
triple paste af 2 % OINTMENT	*	
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	*	
TRISPEC DMX 10-187 MG/5 ML LIQUID	*	
TRISPEC PSE 30-10-187 MG/5 ML LIQUID	*	
tritolnacide s 1 % SOLUTION	*	
TROJAN BARESKIN DEVICE	*	
TROJAN EXTENDED PLEASURE DEVICE	*	
TROJAN MAGNUM CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN PLEASURE PACK DEVICE	*	
TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN DEVICE	*	
TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL DEVICE	*	
TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS DEVICE	*	
TRONVITE 1 MG-100 MG- 300 MCG TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRUE COVER CONDOM DEVICE	*	
true multivitamin 400 mcg TABLET	*	
truelyte advanced hydration SOLUTION	*	
TRUSTEX LATEX CONDOM DEVICE	*	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS DEVICE	*	
tucks (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
tums dual action (famotidine) 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	*	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	*	
tums ultra 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	*	
tums-gas relief (calc-simeth) 750-80 mg CHEWABLE TABLET	*	
tusicof 10-20-400 mg TABLET	*	
TUSICOF 10-20-400 MG/5 ML LIQUID	*	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel dm 10-20-400 mg/5 ml LIQUID	*	
tusnel dm pediatric(phenyleph) 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	*	
TUSNEL NEW FORMULA 30-15-200 MG/5 ML SOLUTION	*	
TUSNEL PEDIATRIC 15-5-50 MG/5 ML LIQUID	*	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussi pres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
tussi-pres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
TUSSI-PRES PEDIATRIC 2.5-5-75 MG/5 ML LIQUID	*	
tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin 400 mg TABLET	*	
tussin cf (pe-dm-guaif) 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cf cough-cold 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cf max 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin cf max severe m-s cold 10-20-650 mg/20 ml LIQUID	*	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
urinary pain relief 95 mg, 97.5 mg, 99.5 mg TABLET	*	
uristat ultra 99.5 mg TABLET	*	
uro-pain 95 mg, 99.5 mg TABLET	*	
v-c forte 1 mg CAPSULE	*	
valihist 2-5-325 mg TABLET	*	
VANACOF 1-30-12.5 MG/5 ML LIQUID	*	
VANACOF DM 10-18-200 MG/15 ML LIQUID	*	
vanicream hc 1 % CREAM	*	
vanicream z-bar 2 % BAR	*	
vanquish 227-194-33 MG, 250-250-65 mg TABLET	*	
VASELINE GEL	*	
vcf contraceptive gel 4 % GEL	*	
vegetable lax-stool softener 8.6-50 mg TABLET	*	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	*	
verticalm 25 mg TABLET	*	
vic-forte 1 mg CAPSULE	*	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg CAPSULE	*	
vicks dayquil cold-flu relief 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg TABLET	*	
vicks dayquil severe cold-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
VICKS NYQUIL COLD AND FLU 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	*	
vicks nyquil cold/flu liquicap 6.25-15-325 mg CAPSULE	*	
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF 6.25-15-325 MG/15 ML LIQUID	*	
vicks nyquil severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
virt-caps 1 mg CAPSULE	*	
visine 0.05 % DROPS	*	
visine red eye hydrating cmfrt 0.05-1 % DROPS	*	
vision TABLET	*	
vision formula (with lutein) 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
vision formula(a-c-e-zn-se-cu) 1,000 unit-60 mg-30 unit TABLET	*	
vision plus lutein TABLET	*	
vista gonio 2.5 % DROPS	*	
vit 3 500 mg-500 mcg -1 mg-12.5 mg CAPSULE	*	
vit a palmitate-beta carotene 25,000 unit (15k-10k unit) TABLET	*	
vit a palmitate-vit c-vit d3 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml, 750 unit-35 mg -400 unit/ml DROPS	*	
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-10 mg- 10 mg TABLET ER	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vit b comp-folic-choline-inosi 400 mcg-25 mg- 100 mg CAPSULE	*	
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins) 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vit c-echinacea purpurea xt 75-3 mg CHEWABLE TABLET	*	
vita-c CRYSTALS	*	
VITACEL (WITH LUTEIN) 800-250-750 MCG TABLET	*	
vitafusion women's multi 120 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy adult multi 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy biotin 2,500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy daily c 125 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitajoy daily d 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	*	
vitalee 0.4 mg TABLET	*	
vitalets CHEWABLE TABLET	*	
VITAMEDMD ONE RX 30 MG IRON-1MG -200 MG CAPSULE	*	
vitamin a 2,400 mcg, 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin a acetate 3,000 mcg (10,000 unit) SUBLINGUAL TABLET	*	
vitamin a and d OINTMENT	*	
vitamin a and d diaper rash OINTMENT	*	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin a palmitate 3,000 mcg (10,000 unit), 4,500 mcg (15,000 unit) TABLET	*	
vitamin a palmitate-vitamin d2 10,000-400 unit TABLET	*	
vitamin b complex CAPSULE	*	
vitamin b complex TABLET	*	
VITAMIN B COMPLEX TABLET, DISINTEGRATING	*	
vitamin b complex-folic acid 0.4 mg TABLET	*	
vitamin b complex-folic acid 400 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-1 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	
vitamin b-1 (mononitrate) 100 mg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg, 100 mcg, 250 mcg, 50 mcg, 500 mcg TABLET	*	
vitamin b-12 1,000 mcg, 2,000 mcg TABLET ER	*	
vitamin b-12 1,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	*	
vitamin b-12 2,500 mcg, 5,000 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
vitamin b-12 50 mcg, 500 mcg LOZENGE	*	
vitamin b-2 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET	*	
vitamin b-6 100 mg, 25 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin b-6 50 mg CAPSULE	*	
vitamin b12-folic acid 1,000-400 mcg LOZENGE	*	
vitamin b12-folic acid 2,500-400 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
vitamin b12-folic acid 500-400 mcg TABLET	*	
vitamin c POWDER	*	
vitamin c 1,000 mg, 100 mg, 250 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
vitamin c 125 mg, 250 mg, 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin c 500 mg CAPSULE, ER	*	
vitamin c 500 mg/15 ml LIQUID	*	
vitamin c (ascorbate calcium) 814 mg/gram POWDER	*	
vitamin c drops 60 mg LOZENGE	*	
vitamin c fizzy drink 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vitamin c powder blend 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET	*	
vitamin c with rose hips 1,000 mg, 500 mg TABLET ER	*	
vitamin c with rose hips 500 mg CAPSULE	*	
vitamin c with rose hips 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
vitamin d2-vitamin k1 20-120 mcg/4 drops DROPS	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5,000 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit) CHEWABLE TABLET	*	
vitamin d3 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1,000 unit), 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin d3-vitamin k2 125 mcg (5,000 unit)-100 mcg, 125-90 mcg, 250 mcg (10,000 unit)-45 mcg CAPSULE	*	
vitamin e 1,150 unit/1.25 ml LIQUID	*	
vitamin e 100 unit/0.25 ml DROPS	*	
vitamin e 268 mg (400 unit), 670 mg (1,000 unit) CAPSULE	*	
vitamin e (dl, acetate) 180 mg (400 unit), 45 mg (100 unit), 450 mg (1,000 unit), 90 mg (200 unit) CAPSULE	*	
vitamin e (dl, acetate) 22.5 mg (50 unit)/ml, 45 mg/0.25ml 100 unit/0.25ml DROPS	*	
vitamin e acetate 134 mg (200 unit) CAPSULE	*	
vitamin e mixed 1,000 unit, 400 unit CAPSULE	*	
vitamin e mixed 100 unit, 200 unit, 400 unit TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin e succinate 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit), 67 mg (100 unit) TABLET	*	
vitamin k 1 mg/0.5 ml SOLUTION	*	
vitamin k2 100 mcg, 45 mcg CAPSULE	*	
vitamin k2 40 mcg TABLET	*	
vitamin k2 90 mcg/0.5 ml DROPS	*	
vitamin k2 (mk-4) 100 mcg TABLET	*	
vitamins a,c,d and fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
vitamins a-d-e selenium 10,000-400 unit-unit TABLET	*	
vitamins b complex CAPSULE	*	
vitamins b complex TABLET	*	
vitasure 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
VITRON-C 65 MG IRON- 125 MG TABLET, DR/EC	*	
vitrum 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
vitrum senior 500-300-250 MCG TABLET	*	
vits a and d-white pet-lanolin OINTMENT	*	
votriza-al 1 % LOTION	*	
wal-act d cold and allergy 2.5-60 mg TABLET	*	
wal-dram 50 mg TABLET	*	
wal-dram 2 25 mg TABLET	*	
wal-dryl (diphenhydramine) 2 % AEROSOL SPRAY	*	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
wal-dryl (diphenhydramine-zn) 2-0.1 % CREAM	*	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-dryl allergy 25 mg CAPSULE	*	
wal-dryl allergy 25 mg TABLET	*	
wal-dryl severe allergy-sinus 25-5-325 mg TABLET	*	
wal-dryl-d allergy and sinus 25-10 mg TABLET	*	
wal-fex d 12 hour 60-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
wal-fex d 24 hour 180-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
wal-finate 4 mg TABLET	*	
wal-finate-d 4-60 mg TABLET	*	
wal-flu cold and sore throat 20-10-325 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu day-night cold-cough 25-10-20-650 mg POWDER IN PACKET, SEQUENTIAL	*	
wal-flu night severe cold 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wal-flu night time 20-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu severe cold and cough 25-10-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-flu severe cold-cough 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
wal-itin d 10-240 mg TABLET, ER 24 HR.	*	
wal-itin d 12 hour 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
wal-mucil fiber 0.52 gram CAPSULE	*	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
wal-mucil natural fiber lax 3.4 gram/12 gram POWDER	*	
wal-mucil with calcium 1-60 gram-mg CAPSULE	*	
wal-nadol pm 25-500 mg TABLET	*	
wal-phed 30 mg, 4-60 mg TABLET	*	
wal-phed 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
wal-phed d 120 mg TABLET ER	*	
wal-phed pe 10 mg TABLET	*	
wal-phed pe cold-cough 5-10-325-100 mg TABLET	*	
wal-phed pe day-night 5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	
wal-phed pe nighttime cold 25-5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe pressure+pain+cold 5-10-325-100 mg TABLET	*	
wal-phed pe severe cold 12.5-5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe sinus and allergy 4-10 mg TABLET	*	
wal-phed pe sinus headache 5-325 mg TABLET	*	
wal-phed pe triple relief 5-325-200 mg TABLET	*	
wal-profen 200 mg CAPSULE	*	
wal-profen 200 mg TABLET	*	
wal-profen cold-sinus 30-200 mg TABLET	*	
wal-profen d cold and sinus 30-200 mg TABLET	*	
wal-proxen 220 mg TABLET	*	
wal-sporin 500-10,000 unit/gram OINTMENT	*	
wal-tap 1-2.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
wal-tap dm 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
wal-tussin 100 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-tussin cough and cold cf 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
wal-tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
wal-zyr d 5-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
walgreens dry skin treatment 41 % OINTMENT	*	
warrior a-relief rectal cream 4-0.25 % CREAM W/APPLICATOR	*	
wart remover 17 % GEL	*	
wart remover 17 % LIQUID	*	
wart remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
wart remover 40 % PLASTER	*	
wee care 15 mg/1.25 ml SUSPENSION	*	
weekly-d 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE	*	
well lyte advanced hydration SOLUTION	*	
wellfola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
wellpro-31 31 billion cell CAPSULE	*	
wescaps 1 mg CAPSULE	*	
westab max 2.5-25-2 mg TABLET	*	
westab one 2.5-25-1 mg TABLET	*	
westussin dm (dexchlorphenir) 1-5-10 mg/5 ml SYRUP	*	
westussin dm nf 2-7.5-15 mg/5 ml LIQUID	*	
wheat germ oil OIL	*	
white petrolatum 42 % OINTMENT	*	
WHITE PETROLATUM GEL	*	
white petrolatum OINTMENT IN PACKET	*	
WHITE PETROLEUM JELLY GEL	*	
woman's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's 50 plus advanced 400-20 mcg TABLET	*	
women's 50 plus daily formula 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
women's 50 plus multivitamin 400 mcg-500 mg calcium-20 mcg TABLET	*	
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca, 27-0.4 mg TABLET	*	
women's daily pack 400 mcg-800 mg -10 mcg TABLET	*	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET	*	
women's multivitamin 18 mg-400 mcg- 500 mg-50 mcg TABLET	*	
WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN 200 MCG- 25 MG CHEWABLE TABLET	*	
women's multivitamin gummies 120 mcg, 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg, 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca TABLET	*	
women's prenatal plus dha 28 mg-975 mcg- 200 mg COMBO PACK	*	
womens daily gummies 200 mcg CHEWABLE TABLET	*	
x-seb t pearl 10-4 % SHAMPOO	*	
xaquil xr 25,500 mcg dfe TABLET ER	*	
xcellent a 3000 3,000 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
xcellent a 7500 7,500 mcg (25,000 unit) CAPSULE	*	
xvite 1 mg-100 mg- 300 mcg TABLET	*	
xyzbac 1-5-50 mg TABLET	*	
yelets 18-400 mg-mcg TABLET	*	
yogurt plus calcium gummies 250 mg-2.5 mcg (100 unit) CHEWABLE TABLET	*	
Z-BUM 22 % CREAM	*	
zaditor 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
zantac-360 (famotidine) 20 mg TABLET	*	
zeasorb af 2 % POWDER	*	
ZELAC 15.5 BILLION CELL CAPSULE	*	
zeldana 5 mg-5 mg-37.5 mg-25 mg-1 mg CAPSULE	*	
zenoptiq gel 0.0085 % GEL WITH PUMP	*	
zenoptiq spray 0.01 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
zephrex-d 30 mg TABLET (ABUSE RESISTANT)	*	
zinc oxide 20 %, 25 %, 40 % OINTMENT	*	
zinc oxide 22 % CREAM	*	
zinc with vitamins a and c 15 mg LOZENGE	*	
zyncof 20-400 mg TABLET	*	
ZYRTEC-D 5-120 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
zyvit 1-5-50 mg TABLET	*	

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

## D. Índice de Medicamentos Cubiertos

En esta sección, puede encontrar un medicamento buscando su nombre en orden alfabético. Le indicará el número de página donde puede encontrar información adicional sobre la cobertura de su medicamento.

#		
	1-day .....	95
	12 hour decongestant .....	95
	12 hour nasal decongest (pse) .....	95
	2-in-1 laxative .....	95
	24hr allergy-congestion relief .....	95
	3-day vaginal .....	95
	50 plus adult eye health .....	95
	8 hour pain reliever .....	95
	8hr muscle aches-pain .....	95
	<b>A</b>	
	a and d (lanolin-petrolatum) .....	95
	a thru z .....	95
	a thru z advanced formula .....	95
	a thru z high potency .....	95
	a thru z men's ultimate .....	95
	a thru z select .....	95
	a thru z select 50plus formula .....	95
	a thru z select women's .....	95
	A-25 (VIT A PALMITATE) .....	95
	abacavir .....	80
	abacavir-lamivudine .....	80
	abanatuss ped .....	95
	abaneu-sl .....	95
	ABATINEX .....	95
	abatuss dmx .....	95
	abc complete adult .....	95
	abc complete men's .....	95
	abc complete senior 50 plus .....	95
	abc complete senior men's .....	95
	abc complete women's .....	96
	abc plus .....	96
	ABELCET .....	66
	abigale .....	32
	abigale lo .....	32
	ABILIFY ASIMTUFII .....	77
	ABILIFY MAINTENA .....	77
	abiraterone .....	68
	abirtega .....	68
	abreva .....	96
	ABRYSVO (PF) .....	41
	acamprosate .....	26
	acarbose .....	89
	accutane .....	28
	acebutolol .....	19
	acerola c .....	96
	acerola c-500 .....	96
	acetaminophen .....	96
	acetaminophen extra strength .....	96
	acetaminophen pain relief .....	96
	acetaminophen pm .....	96
	acetaminophen pm extra str .....	96
	acetaminophen-codeine .....	52
	acetazolamide .....	19
	acetic acid .....	55
	acetylcysteine .....	92
	acid controller .....	96
	acid controller complete .....	96

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

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

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

allergy medication	99	alyq	92
allergy medicine	99	amantadine hcl	18
allergy multi-symptom	99	ambrisentan	92
allergy relief d-24hr	99	amerigel	100
allergy relief d12	99	amethia	33
allergy relief multi-symptom	99	amethyst (28)	33
allergy relief(chlorpheniramn)	99	amikacin	55
allergy relief(diphenhydramin)	100	amiloride	19
allergy relief,nasal decongest	100	amiloride-hydrochlorothiazide	19
allergy relief-d (cetirizine)	100	aminofen	100
allergy relief-d (loratadine)	100	aminophylline	92
allergy relief-d(fexofenadine)	100	AMINOSYN II 10 %	83
allergy sinus pe	100	AMINOSYN II 15 %	83
allergy sinus-d	100	AMINOSYN-PF 10 %	83
allergy-congest relief-d(fexo)	100	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	83
allergy-congestion relief-d	100	amiodarone	19
allergy-time	100	amitriptyline	64
allopurinol	17	amlactin	100
almacone-2	100	amladex	100
alophen (bisacodyl)	100	amlodipine	19
alose tron	30	amlodipine-atorvastatin	19
alprazolam	55	amlodipine-benazepril	19
altachlore	100	amlodipine-olmesartan	19
altavera (28)	32	amlodipine-valsartan	19
altazine	100	ammonium lactate	28, 100
altipres	100	amnesteem	28
altipres pediatric	100	amoxapine	64
altipres-b	100	amoxicillin	55, 56
alum-mag hydroxide-simeth	100	amoxicillin-pot clavulanate	56
aluminum hydroxide gel	100	amphotericin b	66
ALUNBRIG	68	amphotericin b liposome	66
alyacen 1/35 (28)	32	ampicillin	56
alyacen 7/7/7 (28)	32	ampicillin sodium	56

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ampicillin-sulbactam .....	56	anti-itch medicated .....	101
anagrelide .....	88	anti-itch(diphenhyd) with zinc .....	101, 102
anastrozole .....	68	anti-itch(hydrocortisone)-aloe .....	102
anecream5 .....	100	anti-nausea .....	102
animal chews .....	100	antibiotic (bacitracin zinc) .....	102
ANKTIVA .....	68	antibiotic (neomy-bacit-polym) .....	102
antacid .....	100	antibiotic plus (pramoxine) .....	102
antacid (calcium carb-mag hyd) .....	100	antibiotic plus pain rel(pram) .....	102
antacid (calcium carbonate) .....	101	antibiotic-pain relief (bacit) .....	102
antacid and pain relief .....	101	antifungal .....	102
antacid anti-gas .....	101	antifungal (clotrimazole) .....	102
antacid anti-gas (ca carb-sim) .....	101	antifungal (miconazole) .....	102
antacid calcium .....	101	antifungal (terbinafine) .....	102
antacid exst (ca carb-mag hyd) .....	101	antifungal (tolnaftate) .....	102
antacid exst (mag carb-al hyd) .....	101	antifungal extra thick .....	102
antacid ext str (calcium carb) .....	101	antifungal ringworm .....	102
antacid extra-strength .....	101	antifungal spray .....	102
antacid liquid .....	101	antitussive dm .....	102
antacid m .....	101	ap-hist dm .....	102
antacid maximum strength .....	101	APATATE FORTE .....	102
antacid multi-symptom .....	101	APETEX .....	102
antacid plus anti-gas .....	101	APETIGEN .....	102
antacid regular strength .....	101	aphen .....	102
antacid ultra strength .....	101	apomorphine .....	18
antacid-antigas .....	101	aprepitant .....	65, 66
anti-dandruff .....	101	apri .....	33
anti-dandruff with menthol .....	101	aprodine .....	102
anti-diarrheal .....	101	APTIVUS .....	80
anti-diarrheal (lope)-anti-gas .....	101	aqua care .....	102
anti-diarrheal (loperamide) .....	101	aquagard .....	102
anti-gas ultra strength .....	101	aquanil hc .....	102
anti-itch (diphenhydramine) .....	101	aquaphor baby diaper rash .....	102
anti-itch (hc) .....	101	AQUAPHOR BABY HEALING .....	102

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

AQUAPHOR HEALING .....	102	athlete's foot (clotrimazole) .....	103
aquaphor itch relief .....	103	athlete's foot (terbinafine) .....	103
AQUAPHOR ORIGINAL .....	103	athlete's foot (tolnaftate) .....	103, 104
aranelle (28) .....	33	athletic foot cream .....	104
ARCALYST .....	42	atomoxetine .....	26
AREXVY (PF) .....	42	atorvastatin .....	19
arformoterol .....	92	atovaquone .....	76
ARIKAYCE .....	56	atovaquone-proguanil .....	77
aripiprazole .....	77	atropine .....	46
ARISTADA .....	77	ATROPINE SULFATE (PF) .....	46
ARISTADA INITIO .....	77	ATROVENT HFA .....	92
ARMOUR THYROID .....	40	aubra .....	33
ARNUITY ELLIPTA .....	92	aubra eq .....	33
arthritis pain (diclofenac) .....	103	AUGTYRO .....	68
arthritis pain relief (acetam) .....	103	auro dri swimmers' ear .....	104
arthritis pain reliever .....	103	aurovela 1.5/30 (21) .....	33
ascorbate calcium (vitamin c) .....	103	aurovela 1/20 (21) .....	33
ascorbate calcium-bioflavonoid .....	103	aurovela 24 fe .....	33
ascorbic acid (vitamin c) .....	103	aurovela fe 1-20 (28) .....	33
ascorbic acid-ascorbate sodium .....	103	aurovela fe 1.5/30 (28) .....	33
ascorbic acid-bioflavonoids .....	103	AUSTEDO .....	26
ascorbic acid-zinc oxide .....	103	AUSTEDO XR .....	26, 27
asenapine maleate .....	77	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) .....	27
ashlyna .....	33	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE .....	49
aspirin .....	103	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS .....	49
aspirin childrens .....	103	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS .....	49
aspirin,buffd-calcium carb-mag .....	103	AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	49
ASTEPRO ALLERGY .....	103	AUVELITY .....	64
atazanavir .....	80	AUVI-Q .....	92
atenolol .....	19	AVEENO BABY .....	104
atenolol-chlorthalidone .....	19	AVEENO MOISTURIZING .....	104
athenol .....	103	aveeno soothing bath .....	104
athlete's foot .....	103	aviane .....	33

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

AVMAPKI-FAKZYNJA .....	68	B12 ACTIVE .....	104
ayuna .....	33	b12-methyltetrahydrofolate-b6 .....	104
AYVAKIT .....	68	baby ddrops .....	104
azacitidine .....	68	baby skin protectant (pet) .....	104
azathioprine .....	42	baby vitamin d3 .....	105
azelaic acid .....	28	baby's super daily d3 .....	105
azelastine .....	46, 92, 104	bacitracin .....	46, 56, 105
azithromycin .....	56	bacitracin zinc .....	105
AZO URINARY PAIN RELIEF .....	104	bacitracin-polymyxin b .....	47
azolen .....	104	bacitraycin plus .....	105
aztreonam .....	56	back and body pain reliever .....	105
azurette (28) .....	33	backache relief extra strength .....	105
<b>B</b>		baclofen .....	17
B ACTIV .....	104	bal-care dha .....	83
b complex .....	104	balamine dm (chlor-pe) .....	105
b complex 1 (with folic acid) .....	104	balance b-100 (folic acid) .....	105
b complex 100 .....	104	balance b-50 (with folic acid) .....	105
b complex plus vitamin c .....	104	balanced b-100 .....	105
b complex w-vit c .....	104	balanced b-100 complex .....	105
b complex-vitamin c .....	104	balanced b-50 .....	105
b complex-vitamin c-folic acid .....	104	balmex adult care .....	105
b-100 complex .....	104	balmex complete protection .....	105
b-12 dots .....	104	balsalazide .....	26
b-12 plus .....	104	BALVERSA .....	68
b-50 complex with inositol .....	104	balziva (28) .....	33
b-complex .....	104	ban-acid .....	105
b-complex plus b-12 .....	104	BAND-AID GAUZE PADS .....	49
b-complex plus vit c (calcium) .....	104	banophen .....	105
b-complex with b-12 .....	104	banophen anti-itch .....	105
b-complex with vitamin c .....	104	BAQSIMI .....	89
b-right .....	104	BARACLUDE .....	80
b-sure .....	104	BAVENCIO .....	68
b12 .....	104	bayer advanced .....	105

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

bayer aspirin .....	105	benfotiamine .....	105
BAYER CHEWABLE ASPIRIN .....	105	BENLYSTA .....	42
bayer low dose aspirin .....	105	benzebro .....	105
bayer plus extra strength .....	105	benzonatate .....	106
baza antifungal .....	105	benzoyl peroxide .....	106
baza protect (zinc oxide) .....	105	benztropine .....	18
BC ARTHRITIS .....	105	BESREMI .....	42
BCG VACCINE, LIVE (PF) .....	42	best fiber .....	106
BD ALCOHOL SWABS .....	49	beta carotene .....	106
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....	49	beta med .....	106
BD ECLIPSE LUER-LOK .....	49	beta-hc .....	106
BD INSULIN SYRINGE .....	49	BETADINE OPHTHALMIC PREP .....	47
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) .....	49	betaine .....	94
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE .....	49	betamethasone acet,sod phos .....	39
BD INSULIN SYRINGE U-500 .....	49	betamethasone dipropionate .....	28
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....	49	betamethasone valerate .....	28
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV .....	49	betamethasone, augmented .....	28
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	49	betasal .....	106
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE .....	50	betatemp .....	106
BD SAFETYGLIDE SYRINGE .....	50	betaxolol .....	47
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE .....	50	bethanechol chloride .....	32
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....	50	bexarotene .....	68
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....	50	BEXSERO .....	42
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE .....	50	bicalutamide .....	69
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE .....	50	bicarsim forte .....	106
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) .....	50	BICILLIN C-R .....	56
BD VEO INSULIN SYRINGE UF .....	50	BICILLIN L-A .....	56
BELSOMRA .....	48, 49	BIKTARVY .....	80
BENADRYL .....	105	BILAC .....	106
BENADRYL ALLERGY .....	105	bimatoprost .....	47
benadryl extra strength .....	105	BIO-D-MULSION .....	106
benazepril .....	19	BIO-D-MULSION FORTE .....	106
benazepril-hydrochlorothiazide .....	20	bio-dtuss dmx .....	106

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

bio-rytuss	106	briellyn	33
BIOCEL (WITH LUTEIN)	106	brimonidine	47
biocotron	106	brivaracetam	60
biodesp dm	106	BRIVIACT	61
bionel	106	brohist d	107
biopetit	106	bromfed dm	107
biotect plus	106	bromocriptine	18
biotin	106	bronchial asthma relief	107
BIOTRUE HYDRATION BOOST	106	brontuss sf	107
biozen	106	BRUKINSA	69
bisacodyl	106	budesonide	26, 92
bismuth	106	bufferin	107
bismuth subsalicylate	106	bumetanide	20
bisoprolol fumarate	20	bupivacaine (pf)	54
bisoprolol-hydrochlorothiazide	20	bupivacaine hcl	54
black-draught lax-senna	106	buprenorphine	52
blis-to-sol (tolnaftate)	106	buprenorphine hcl	26
blisovi 24 fe	33	buprenorphine-naloxone	26
blisovi fe 1.5/30 (28)	33	bupropion hcl	64
blisovi fe 1/20 (28)	33	bupropion hcl (smoking deter)	26
bone density calcium plus d	106	buspirone	55
bonine	106	butalbital-acetaminophen-caff	50
BOOSTRIX TDAP	42	butenafine	107
BORDERED GAUZE	50		
BORTEZOMIB	69		
BOSULIF	69		
BOUDREAUXS BUTT PASTE	107		
bp wash	107		
bpo	107		
BRAFTOVI	69		
brantussin dm	107		
BREO ELLIPTA	92		
BREZTRI AEROSPHERE	92		

**C**

c 1000-bioflavonoids-rose hips	107
c complex	107
c-1000	107
c-1000 with rose hips	107
c-500	107
c-lax laxative (bisacodyl)	107
c-nate dha	83
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	107
CABENUVA	80

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

cabergoline .....	40	calcium carb-d3-mag cmb11-zinc .....	108
CABOMETYX .....	69	calcium carb-d3-mag ox-zinc ox .....	108
cal mag zinc plus d3 .....	107	calcium carb-mag ox-zinc gluc .....	108
cal-citrate .....	107	calcium carb-mag ox-zinc sulf .....	108
cal-gest antacid .....	107	calcium carbonate .....	108, 109
calaclear .....	107	calcium carbonate-simethicone .....	109
calagesic .....	107	calcium carbonate-vit d3-min .....	109
calahist .....	107	calcium carbonate-vitamin d3 .....	109
calahist clear .....	107	calcium chloride .....	83, 84
calahist with pramoxine .....	107	calcium cit-mag aspart,oxid-d3 .....	109
calamine clear .....	107	calcium citrate .....	109
calamine medicated .....	107	calcium citrate + d .....	109
calamine plus (pramox-calamin) .....	107	calcium citrate malate-vit d3 .....	109
calc carb-mag ox-d3-zinc gluc .....	108	calcium citrate plus .....	109
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan .....	108	calcium citrate plus (vit b6) .....	109
calcidol .....	108	calcium citrate-vitamin d3 .....	109
calcipotriene .....	28	calcium for women .....	109
calcitonin (salmon) .....	25	calcium gluconate .....	84, 109
calcitriol .....	25	calcium lactate .....	109
calcium 26-vit d3-magnesium 15 .....	108	calcium magnesium plus d .....	109
calcium 500 + d .....	108	calcium no.38-d3-mag-boron .....	109
calcium 500 with d .....	108	calcium phos-d3-magnesium-zinc .....	109
calcium 600 .....	108	calcium phosphate .....	109
calcium 600 + d(3) .....	108	calcium phosphate-vitamin d3 .....	110
calcium 600 + minerals .....	108	calcium plus menaq7 adult .....	110
calcium 600 with vitamin d3 .....	108	calcium plus menaq7 senior .....	110
calcium 600-d3 plus (mag-zinc) .....	108	calcium with boron .....	110
calcium acetate .....	108	calcium with vitamin d .....	110
calcium amino acid chelate .....	108	calcium-d3-zinc-copper-mangan .....	110
calcium antacid .....	108	calcium-folic acid-vitamin d .....	110
calcium carb, citrate, malate .....	108	calcium-magnesium .....	110
calcium carb, citrate-vit d3 .....	108	calcium-magnesium-copper-zinc .....	110
calcium carb,cit,mal-magnesium .....	108	calcium-magnesium-vit d3-boron .....	110

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

calcium-magnesium-zinc .....	110	caspofungin .....	66
calcium-vitamin d3-vitamin k .....	110	castor oil .....	110
caldyphen .....	110	CAYSTON .....	92
caldyphen clear .....	110	cefaclor .....	56
caldyphen clear(pram-cmphr-zn) .....	110	cefadroxil .....	56
CALICYLIC .....	110	cefazolin .....	56
callus remover .....	110	cefazolin in dextrose (iso-os) .....	56
callus removers .....	110	cefdinir .....	57
CALPHRON .....	110	cefepime .....	57
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....	69	cefepime in dextrose 5 % .....	57
CALTRATE WITH VITAMIN D3 .....	110	cefepime in dextrose,iso-osm .....	57
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS .....	110	cefixime .....	57
camila .....	33	cefotetan .....	57
camrese .....	33	cefoxitin .....	57
camrese lo .....	33	cefoxitin in dextrose, iso-osm .....	57
candesartan .....	20	cefepodoxime .....	57
candesartan-hydrochlorothiazid .....	20	cefprozil .....	57
CAPLYTA .....	77	ceftaroline fosamil .....	57
CAPRELSA .....	69	ceftazidime .....	57
CAPRON DM .....	110	ceftriaxone .....	57
captopril .....	20	ceftriaxone in dextrose,iso-os .....	57
captopril-hydrochlorothiazide .....	20	cefuroxime axetil .....	57
carbamazepine .....	61	cefuroxime sodium .....	57
carbidopa .....	18	celebrate b-12 quick-melt .....	110
carbidopa-levodopa .....	18, 19	celecoxib .....	52
carbidopa-levodopa-entacapone .....	19	central-vite .....	110
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....	50	central-vite women's mature .....	110
carglumic acid .....	84	centratex .....	110
carteolol .....	47	centravites 50 plus .....	111
cartia xt .....	20	centravites adults .....	111
CARTIVISC .....	110	centrum .....	111
carvedilol .....	20	CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY .....	111
cascara sagrada .....	110	centrum adult 50 plus .....	111

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

centrum complete .....	111	CHEMET .....	84
CENTRUM MEN .....	111	CHEST CONGESTION RELIEF .....	111
centrum multigummies men .....	111	chest congestion relief dm .....	111, 112
centrum multigummies women .....	111	chest congestion relief pe .....	112
centrum silver .....	111	chest congestion-cough hbp .....	112
CENTRUM SILVER MEN .....	111	chest congestion-cough relief .....	112
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S .....	111	chest-sinus congestion relief .....	112
centrum specialist heart .....	111	chewable iron .....	112
CENTRUM ULTRA MEN'S .....	111	child allergy plus congestion .....	112
centrum women .....	111	child allergy relief (diphen) .....	112
century .....	111	child benadryl plus congestion .....	112
century adults 50 plus .....	111	child chest congestion-cough .....	112
century mature .....	111	child chewable vitamn complete .....	112
century men .....	111	child cold-cough day-night .....	112
century men 50 plus .....	111	child complete multivitamin .....	112
century women .....	111	child cough and sore throat .....	112
century women 50 plus .....	111	child cough-chest congest dm .....	112
cephalexin .....	57	child cough-cold (bromphen-dm) .....	112
CEQUR SIMPLICITY .....	50	child delsym cough-chest dm .....	112
CEQUR SIMPLICITY INSERTER .....	50	CHILD DELSYM COUGH-COLD .....	112
cerave psoriasis .....	111	child dimetapp cough-allergy .....	112
CEREFOLIN .....	111	child dometuss-da .....	112
CEREFOLIN BRAIN WELLNESS .....	111	child fever reducer-pain relvr .....	112
CEREFOLIN NAC (ALGAL OIL) .....	111	child giltuss allergy plus(dm) .....	112
CEROVITE SENIOR .....	111	CHILD MUCINEX FEVER-THROAT-CGH .....	112
certa plus .....	111	CHILD MUCINEX M-S COLD NIGHT .....	112
CERTAVITE SENIOR .....	111	child mucus relief cough .....	112
CERTAVITE-ANTIOXIDANT .....	111	child mucus relief expectorant .....	112
cetaphil eczema restoraderm .....	111	child multi-symptom cold-fever .....	112
cetiri-d .....	111	child multivitamin plus iron .....	112
cetirizine .....	92	child pain rel-fever reducer .....	112
cetirizine-pseudoephedrine .....	111	child plus cough and runnynose .....	112
chateal eq (28) .....	33	child probiotic digest-immune .....	112

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

child wal-tap cold-allergy .....	112	children's flu relief .....	113
child's fiber select gummies .....	112	children's giltuss cough-chest .....	113
child's mucus relief m-s cold .....	112	children's ibuprofen .....	114
child's omega-3 dha multivitam .....	112	children's m-s cold day-night .....	114
children dimetapp m-s cold-flu .....	113	children's mapap .....	114
children multivitamin .....	113	CHILDREN'S MOTRIN .....	114
children night time cold-cough .....	113	children's motrin jr strength .....	114
children's acetaminophen .....	113	children's mucinex cough .....	114
CHILDREN'S ADVIL .....	113	children's multi-symptom cold .....	114
CHILDREN'S ALAWAY .....	113	children's multi-vit gummies .....	114
children's allergy (diphenhyd) .....	113	children's multivit (w lutein) .....	114
children's antacid .....	113	children's multivitamin .....	114
children's aspirin .....	113	children's multivitamin gummy .....	114
CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY .....	113	children's multivitamin-immune .....	114
children's benadryl allergy .....	113	children's non-aspirin .....	114
children's chest congestion .....	113	children's pain relief .....	114
children's chew multivitamin .....	113	children's pain reliever .....	114
children's chewable complete .....	113	children's pain-fever relief .....	114
children's chewable multivitmn .....	113	children's pepto .....	114
children's chewables .....	113	children's plus flu .....	114
children's chewables extra c .....	113	children's probiotic .....	114
children's cold and cough (pe) .....	113	children's profen ib .....	114
children's cold and cough dm .....	113	children's soothe .....	114
children's cold-allergy (pe) .....	113	children's stuffy nose-cold .....	114
children's cold-cough daytime .....	113	children's sudaFed pe cough .....	114
children's cold-cough-sore .....	113	children's tylenol .....	114
children's cough .....	113	CHILDREN'S TYLENOL COLD-FLU .....	114
children's cough-cold relief .....	113	children's wal-dryl allergy .....	114
children's dibromm cold-allerg .....	113	children's chewable probiotic .....	115
children's dibromm dm cold-cou .....	113	children's fiber gummy bear .....	115
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH .....	113	CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD .....	115
children's easy-melts .....	113	children's giltuss ex .....	115
children's fever reducing .....	113	children's plus cold .....	115

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

childrens plus multi-symp cold .....	115	CITROMA .....	116
childs triacting cold-cough .....	115	citrucel .....	116
chld robitussin cough-chest dm .....	115	claravis .....	28
chld robitussin night cough dm .....	115	clarithromycin .....	57
chlorhexidine gluconate .....	28	CLARITIN-D 12 HOUR .....	116
chloroquine phosphate .....	77	claritin-d 24 hour .....	116
chlorpheniramine maleate .....	115	clear anti-itch .....	116
chlorpromazine .....	77	clear away .....	116
chlortabs .....	115	clear fiber .....	116
chlorthalidone .....	20	clearasil daily clear(benzoyl) .....	116
chocolate laxative .....	115	clearasil rapid rescue (salic) .....	116
cholecalciferol (vitamin d3) .....	115	clearasil stubborn acne .....	116
cholestyramine (with sugar) .....	20	clearasil ultra .....	116
cholestyramine light .....	20	CLEARBLUE DIGITAL OVULATION .....	116
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN .....	39	CLEARBLUE DIGITAL PREG TEST .....	116
ciclodan .....	66	CLEARBLUE EASY OVULATION .....	116
ciclopirox .....	66	CLEARBLUE EASY OVULATION TEST .....	116
cidatine (glucosamine) .....	115	CLEARBLUE FERTILITY MONITOR .....	116
cidofovir .....	80	CLEARBLUE FERTILITY STICKS .....	116
cilostazol .....	88	CLEARBLUE PREGNANCY TEST .....	116
CIMDUO .....	80	clearcanal earwax softener .....	116
cimetidine .....	30, 115	clearlax .....	116
cimetidine hcl .....	30	clindamycin hcl .....	57
cinacalcet .....	25	clindamycin in 0.9 % sod chlor .....	58
ciprofloxacin hcl .....	47, 57	clindamycin in 5 % dextrose .....	58
ciprofloxacin in 5 % dextrose .....	57	clindamycin palmitate hcl .....	58
citalopram .....	64	clindamycin pediatric .....	58
citracal + d maximum .....	115	clindamycin phosphate .....	28, 58
citracal regular .....	115	clindamycin-benzoyl peroxide .....	29
CITRACAL-D3 GUMMIES .....	115	clinere ear wax removal .....	116
CITRACAL-D3 PETITES .....	115	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....	84
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE .....	116	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE .....	84
citrate of magnesia .....	116	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) .....	84

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	84	cod liver oil	116
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	84	codeine-guaifenesin	116
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	84	coditussin ac	116
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	84	col-rite	117
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	84	cola (syrup)	117
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	84	COLACE	117
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	84	COLACE 2-IN-1	117
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	84	colchicine	17
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	84	cold and cough elixir	117
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	84	cold and flu hbp	117
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	84	cold and flu relief plus (d/n)	117
CLINISOL SF 15 %	84	cold and flu relief(diphen-pe)	117
CLINOLIPID	84	cold and flu severe	117
clobazam	61	cold and sinus pain relief	117
clobetasol	29	cold head congest(gg-pe-acetm)	117
clobetasol-emollient	29	cold head congestion day/nite	117
clomipramine	64	cold head congestion daytime	117
clonazepam	55	cold head congestion nighttime	117
clonidine	20	cold head congestion sever day	117
clonidine hcl	20	cold max day-night	117
clopidogrel	88	cold max daytime	117
clorazepate dipotassium	55	cold multi-symptom	117
clotrimazole	66, 116	cold multi-symptom (chlorphen)	117
clotrimazole 3 day	116	cold multi-symptom day/night	117
clotrimazole af	116	cold multi-symptom nighttime	117
clotrimazole-3	116	cold relief	117
clotrimazole-7	116	cold relief m/s day/night	117
clotrimazole-betamethasone	66	cold relief plus	117
clozapine	77, 78	cold-cough sinus relief pe	117
COARTEM	77	cold-flu m-symptom day-night	117
COBENFY	50	cold-flu relief	117
COBENFY STARTER PACK	50	cold-flu-sore throat	117
cocoa butter petroleum	116	cold-sinus relief	117

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

cold-sinus relief (ibuprofen) .....	117	coricidin hbp chest cong-cough .....	118
colestipol .....	20	coricidin hbp cold and flu .....	118
colistin (colistimethate na) .....	58	coricidin hbp cold-multi sympt .....	118
COMBIGAN .....	47	CORICIDIN HBP COUGH AND COLD .....	118
COMBIPATCH .....	33	corn remover .....	118
COMBIVENT RESPIMAT .....	93	corn-callus remover .....	118
COMETRIQ .....	69	cortisone (hydrocortisone) .....	118
comfort gel .....	117	cortisone cooling .....	118
comfort gel extra strength .....	117	cortisone with aloe .....	118
complete .....	117	cortizone-10 .....	118, 119
complete allergy .....	117, 118	cortizone-10 feminine itch .....	119
complete allergy medicine .....	118	cortizone-10 with aloe .....	119
complete lice treatment .....	118	corvita .....	119
complete multivitamin-mineral .....	118	corvita 150 .....	119
complete mv adult 50 plus .....	118	CORVITE .....	119
complete natal dha .....	84	cosamin ds .....	119
completenate .....	118	COSENTYX .....	42
complex b-100 .....	118	COSENTYX (2 SYRINGES) .....	42
compound w .....	118	COSENTYX PEN .....	42
compound w dual power 2-in-1 .....	118	COSENTYX PEN (2 PENS) .....	42
compound w gel kit .....	118	COSENTYX UNOREADY PEN .....	42
compro .....	66	COTELLIC .....	69
condrolite .....	118	cough and cold (chlorphen-dm) .....	119
conex .....	118	cough and cold mucus relief cf .....	119
conex pediatric .....	118	cough and severe cold .....	119
congest-eze pe .....	118	cough syrup .....	119
congestion relief (ibuprof-pe) .....	118	cough syrup dm .....	119
conjugated estrogens .....	33	cough-chest congestion dm .....	119
constulose .....	30	cough-cold relief hbp .....	119
contac cold-flu day .....	118	cough-sore throat night .....	119
contac cold-flu night .....	118	creamy acne face .....	119
COPIKTRA .....	69	CREON .....	94
coral calcium .....	118	CRESEMBA .....	66

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

critic-aid clear af(miconazol) .....	119	daily fiber (psyllium-sucrose) .....	120
cromolyn .....	47, 93	daily gumies .....	120
cryselle (28) .....	33	daily multi-vitamin .....	120
curad petroleum jelly .....	119	daily multiple for women .....	120
curae .....	119	daily multivitamin .....	120
CURITY ALCOHOL SWABS .....	50	daily multivitamin with iron .....	120
CURITY GAUZE .....	50	daily multivitamin-minerals .....	120
cyanocobalamin (vitamin b-12) .....	119, 120	daily probiotic .....	120
cyanocobalamin-cobamamide .....	120	daily probiotic (b.infantis) .....	120
cyanocobalamin-methylcobalamin .....	120	daily value .....	120
cyclobenzaprine .....	92	daily vitamin formula .....	120
cyclophosphamide .....	69	daily vitamin formula-iron .....	120
cyclosporine .....	42, 47	daily vitamin formula-minerals .....	120
cyclosporine modified .....	43	DAILY VITAMIN WITH IRON .....	120
CYRAMZA .....	69	DAILY VITES/IRON .....	120
cyred .....	33	DAILY-VITE .....	120
cyred eq .....	33	DAILY-VITE (WITH FOLIC ACID) .....	120
CYSTAGON .....	94	danazol .....	33
CYSTARAN .....	47	dandruff shampoo (pyrithione) .....	120
		dandruff shampoo (selen-aloe) .....	120
		dandruff shampoo (selenium) .....	120
		dandruff shampoo/conditioner .....	120
		DANYELZA .....	69
		DANZITEN .....	69
		dapagliflozin propanediol .....	89
		dapsone .....	68
		DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) .....	43
		daptomycin .....	58
		daptomycin in 0.9 % sod chlor .....	58
		darunavir .....	80
		DARZALEX .....	69
		DARZALEX FASPRO .....	69
		dasatinib .....	69

## D

d-vi-sol .....	120
d10 %-0.45 % sodium chloride .....	84
d2.5 %-0.45 % sodium chloride .....	84
d3 dots .....	120
d3-2000 .....	120
d3-5000 .....	120
d5 % and 0.9 % sodium chloride .....	84
d5 %-0.45 % sodium chloride .....	84
dabigatran etexilate .....	88
daily acne wash .....	120
daily face wash .....	120
daily fiber .....	120
daily fiber (psyllium-aspart) .....	120

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

dasetta 1/35 (28) .....	33	DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN) .....	121
dasetta 7/7/7 (28) .....	33	DENGVAZIA (PF) .....	43
DAURISMO .....	69	DEPLIN (ALGAL OIL) .....	121
day multi-symp flu-severe cold .....	120	deplin fc .....	121
day-cold night-cold-flu(doxyl) .....	120	DEPO-ESTRADIOL .....	34
day-night severe cold-flu .....	121	DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....	34
day-nite severe cold-flu .....	121	DERMACEA .....	50
dayhist allergy .....	121	dermacinrx atrix .....	121
daylogic acne foaming wash .....	121	dermacinrx lacterol .....	121
daylogic acne treatment .....	121	dermacinrx probinate .....	121
daylogic advanced healing .....	121	dermacinrx probisol .....	122
daysee .....	34	dermacinrx probitran .....	122
daytime cold and cough .....	121	dermacinrx probitol .....	122
daytime cold-flu .....	121	dermacinrx promerol .....	122
daytime cold-flu relief (pe) .....	121	dermafungal .....	122
daytime max cold-flu .....	121	DERMAPHOR .....	122
daytime-cold nighttime-cld-flu .....	121	dermarest eczema (hydrocort) .....	122
daytime-nighttime .....	121	dermarest psoriasis medicated .....	122
daytime-nighttime cold-flu .....	121	dermazinc .....	122
daytime-nighttime cough .....	121	dermazinc shampoo .....	122
ddrops .....	121	DERMAZINC SPRAY .....	122
deblitane .....	34	DESCOVY .....	80
DEBROX .....	121	desenex .....	122
debrox kids .....	121	DESGEN .....	122
debrox swimmer's ear .....	121	desgen dm .....	122
decara .....	121	desgen dm (pseudoephedrine) .....	122
decitabine .....	69	desipramine .....	64
deferasirox .....	84	desloratadine .....	93
dekas essential .....	121	desmopressin .....	39
DELSTRIGO .....	80	desog-e.estradiol/e.estradiol .....	34
delsym cough-chest congest dm .....	121	desonide .....	29
DELSYM COUGH-SORE THROAT .....	121	despec dm-g .....	122
delta d3 .....	121	despec eda cough-cold drops .....	122

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

despec-dm (phenyleph-dm-guaif) .....	122	dialyvite vitamin d .....	122
despec-dm (pseudoeph-dm-guaif) .....	122	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX .....	122
desvenlafaxine succinate .....	64	diamode .....	122
dexamethasone .....	39	diaper balm .....	123
dexamethasone intensol .....	39	diaper rash .....	123
dexamethasone sodium phos (pf) .....	39	diarrhea relief (bismuth subs) .....	123
dexamethasone sodium phosphate .....	39, 47	diazepam .....	55, 61
dexbrompheniramine-phenylep-dm .....	122	diazepam intensol .....	55
dexchlorphen-pse-chlophedianol .....	122	diazoxide .....	89
dexifol .....	122	diclofenac potassium .....	52
dexmethylphenidate .....	27	diclofenac sodium .....	29, 47, 53, 123
dextroamphetamine sulfate .....	27	dicloxacillin .....	58
dextroamphetamine-amphetamine .....	27	dicyclomine .....	30
dextromethorphan-guaifenesin .....	122	didanosine .....	80
dextrose 10 % and 0.2 % nacl .....	84	DIFFERIN .....	123
dextrose 10 % in water (d10w) .....	84	DIFICID .....	58
dextrose 20 % in water (d20w) .....	85	digestive probiotic .....	123
dextrose 25 % in water (d25w) .....	85	digestive relief .....	123
dextrose 30 % in water (d30w) .....	85	DIGITAL PREGNANCY TEST .....	123
dextrose 40 % in water (d40w) .....	85	digitek .....	20
dextrose 5 % in water (d5w) .....	85	digoxin .....	20
dextrose 5 %-lactated ringers .....	85	dihydroergotamine .....	18
dextrose 5%-0.2 % sod chloride .....	85	DILANTIN .....	61
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride .....	85	dilt-xr .....	20
dextrose 50 % in water (d50w) .....	85	diltiazem hcl .....	20
dextrose 70 % in water (d70w) .....	85	dimaphen dm .....	123
dhs sal .....	122	dimenhydrinate .....	123
DHS ZINC .....	122	DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE) .....	123
diabetes health formula .....	122	dimetapp cold-congestion .....	123
diabetic multivitamin .....	122	DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) .....	123
diabetic tussin dm .....	122	dimethyl fumarate .....	27
DIACOMIT .....	61	diotame .....	123
dialyvite 800 .....	122		

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

diphedryl	123	doxercalciferol	25
diphedryl allergy	123	doxy-100	58
diphen	123	doxycycline hyclate	58
diphenhydramine hcl	93, 123	doxycycline monohydrate	58
diphenoxylate-atropine	30	dr manzanilla cough-cold	124
disulfiram	26	dr scholl's clear away	124
divalproex	61	DR. SMITH'S DIAPER	124
dm max	123	DRAMAMINE	124
DOAN'S EXTRA STRENGTH	123	dramamine (meclizine)	124
docosanol	123	dramamine less drowsy	124
docuprene	123	driminate	124
docusate calcium	123	DRIPDROP	124
docusate sodium	123	DRISDOL	124
docuzen	123	DRISTAN COLD	124
dofetilide	21	DRIZALMA SPRINKLE	27
dok	124	dronabinol	66
dolishale	34	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMIN)	124	DROPLET INSULIN SYRINGE	50
DOLOGESIC-DF	124	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	51
dometuss g	124	DROPLET PEN NEEDLE	51
dometuss-dmx	124	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	51
dometuss-nr	124	DROPSAFE PEN NEEDLE	51
dona	124	drospirenone-ethinyl estradiol	34
donepezil	17	DROXIA	51
dorzolamide	47	dual action complete	124
dorzolamide-timolol	47	dual action freeze away wart	124
dorzolamide-timolol (pf)	47	dual action pain reliever	124
dotti	34	DUAVEE	34
double antibiotic (b.tracrn zn)	124	DULCOLAX (BISACODYL)	124
double antibiotic-pain relief	124	dulcolax (magnesium hydroxide)	124
DOVATO	81	dulcolax stool softener (dss)	124
doxazosin	21	duloxetine	27
doxepin	55	duofilm	124

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

DUPIXENT PEN .....	43	ed bron gp .....	125
DUPIXENT SYRINGE .....	43	ed chlorped jr .....	125
duragel callus removers .....	124	ed-apap .....	125
DUREX AIR CONDOM .....	124	EDURANT .....	81
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL .....	124	EDURANT PED .....	81
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM .....	124	efavirenz .....	81
DUREX TROPICAL CONDOM .....	124	efavirenz-emtricitabin-tenofov .....	81
dutasteride .....	32	efavirenz-lamivu-tenofov disop .....	81
dutasteride-tamsulosin .....	32	effaclar (salicylic acid) .....	125
<b>E</b>			
e-200 .....	124	effaclar adapalene .....	125
ear drops (carbamide peroxide) .....	124	efferves pain relief antacid .....	125
ear drops for swimmers .....	124	electrolyte-148 .....	85
ear dry .....	125	electrolyte-48 in d5w .....	85
EAR WAX REMOVAL DROPS .....	125	electrolyte-a .....	85
ear wax removal kit .....	125	electrolytes-dextrose .....	125
ear wax removal system .....	125	ELELYSO .....	94
EARLY PREGNANCY TEST .....	125	eletriptan .....	18
EARLY RESULT PREGNANCY TEST .....	125	elfolate .....	125
EASY COMFORT ALCOHOL PAD .....	51	elfolate plus .....	125
easy fiber .....	125	ELIGARD .....	40
easy fiber (wheat dextrin) .....	125	ELIGARD (3 MONTH) .....	40
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS .....	51	ELIGARD (4 MONTH) .....	41
eazze the pain .....	125	ELIGARD (6 MONTH) .....	41
econtra ez .....	125	elinest .....	34
econtra one-step .....	125	ELIQUIS .....	88
ECOTRIN .....	125	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START .....	88
ecotrin low strength .....	125	ELIQUIS SPRINKLE .....	88
eczema .....	125	ELMIRON .....	32
eczema care .....	125	elon dual defense .....	125
eczema relief .....	125	eluryng .....	34
ed a-hist .....	125	EMCYT .....	69
ed a-hist dm .....	125	EMERGEN-C .....	125
		EMERGEN-C IMMUNE PLUS .....	125

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

emetrol	125	entacapone	19
emetrol chewable	126	entecavir	81
EMGALITY PEN	18	ENTEXT	126
EMGALITY SYRINGE	18	ENTRESTO SPRINKLE	21
EMPLICITI	69	enulose	30
EMSAM	64	ENVARUSUS XR	43
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df	81	EPCLUSA	81
emtricitabine	81	EPIDIOLEX	61
emtricitabine-tenofovir (tdf)	81	epinephrine	93
EMTRIVA	81	epitol	61
emzahh	34	EPRONTIA	61
enalapril maleate	21	epsom salt (laxative)	126
enalapril-hydrochlorothiazide	21	equalactin	126
ENBREL	43	ERBITUX	70
ENBREL MINI	43	ergocalciferol (vitamin d2)	126
ENBREL SURECLICK	43	ergotamine-caffeine	18
endacof - dm	126	ERIVEDGE	70
endit (zinc oxide)	126	ERLEADA	70
ENDOCET	53	erlotinib	70
ENDOMETRIN	34	errin	34
endur-b complex	126	ertapenem	58
endur-c with rose hips	126	ERYTHROCIN	58
enema	126	erythromycin	47, 58
enema disposable	126	erythromycin lactobionate	58
ENEMEEZ	126	erythromycin with ethanol	29
ENFAMIL ENFALYTE	126	escitalopram oxalate	64
ENGERIX-B (PF)	43	eslicarbazepine	61
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	43	esomeprazole magnesium	30
enilloring	34	essence c	126
enoxaparin	88	essentia	126
enpresse	34	estarylla	34
ENSACOVE	69	estradiol	34
enskyce	34	estradiol valerate	34

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

estradiol-norethindrone acet .....	34	eye drops advanced relief .....	127
ESTRING .....	34	eye drops irritation relief .....	127
eszopiclone .....	49	eye drops moisturizing relief .....	127
ethambutol .....	68	eye drops relief .....	127
ethosuximide .....	61	eye drops(tetrahydroz-zn sulf) .....	127
ethynodiol diac-eth estradiol .....	34	eye drops(tetrahydrozolin-peg) .....	127
etodolac .....	53	eye health plus lutein .....	127
etonogestrel-ethinyl estradiol .....	34	eye itch relief .....	127
etravirine .....	81	eye multivitamin .....	127
eucerin baby eczema relief .....	126	EYSUVIS .....	47
eucerin eczema relief .....	126	ezetimibe .....	21
EULEXIN .....	70	ezetimibe-simvastatin .....	21
evac-u-gen (sennosides) .....	126	ezfe 200 .....	127
everolimus (antineoplastic) .....	70	<b>F</b>	
everolimus (immunosuppressive) .....	43	fa-8 .....	127
EVOTAZ .....	81	falmina (28) .....	34
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH .....	126	famciclovir .....	81
EXCEDRIN MIGRAINE .....	126	famotidine .....	30, 31, 127
exemestane .....	70	famotidine (pf) .....	31
EXKIVITY .....	70	FANAPT .....	78
expectorant .....	126	FANAPT TITRATION PACK A .....	78
expectorant cough syrup .....	126	FANAPT TITRATION PACK B .....	78
expectorant dm .....	126	FANAPT TITRATION PACK C .....	78
extra pain relief .....	126	FANTASY CONDOM .....	127
extra strength bayer .....	126	FARXIGA .....	89
extraprin .....	126	FASENRA PEN .....	93
EXXUA .....	64	fast mucus relief severe cold .....	127
eye allergy itch relief .....	126	FC2 FEMALE CONDOM .....	127
eye allergy itch-redness rlf .....	126	fe c .....	127
eye allergy relief .....	126	fe c plus .....	127
eye drops (tetrahydrozoline) .....	126	fe-vite .....	127
eye drops (with povidone) .....	126	febuxostat .....	17
eye drops a.c. ....	126	feirza .....	34

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

felbamate .....	61	fexofenadine-pseudoephedrine .....	128
felodipine .....	21	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....	89
FEMLYV .....	34	FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....	89
fenesin dm ir .....	127	FIASP U-100 INSULIN .....	89
fenesin ir .....	127	fiber (calcium polycarbophil) .....	128
fenesin pe ir .....	127	fiber (dextrin) .....	128
fenofibrate .....	21	fiber (psyllium husk) .....	128
fenofibrate micronized .....	21	fiber (psyllium husk-sugar) .....	128
fenofibrate nanocrystallized .....	21	fiber (with aspartame) .....	128
fenofibric acid .....	21	fiber delights .....	128
fentanyl .....	53	fiber gummies .....	128
feosol .....	127	fiber gummies (with b-complex) .....	128
FER-IN-SOL .....	127	fiber gummies (with chromium) .....	128
ferate .....	127	fiber laxative (ca polycarbo) .....	128
fergon .....	127	fiber laxative (psyllium husk) .....	128
ferosul .....	127	fiber laxative(methylcellulos) .....	128
ferrex 150 .....	127	fiber select gummies .....	128
ferrex 150 forte .....	127	fiber supplement (inulin) .....	128
ferrex 150 forte plus .....	127	fiber supplement(wheatdextrin) .....	128
ferrex 150 plus .....	127	fiber therapy (ca polycarboph) .....	128
ferrex 28 .....	127	fiber therapy (m-cellulose) .....	128
ferric glycinate .....	127	fiber therapy (psyllium-sucro) .....	129
ferric x-150 .....	127	fiber therapy laxative (husk) .....	129
ferro-sequels (iron-vit c) .....	127	fiber therapy(psyl seed-sugar) .....	129
ferro-time .....	127	fiber with probiotic .....	129
ferrocite .....	127	fiber-caps (psyllium husk) .....	129
ferrous fumarate .....	127	fiber-lax .....	129
ferrous gluconate .....	128	FIBER-STAT .....	129
ferrous sulfate .....	128	fiber-tabs .....	129
fesoterodine .....	32	FIBERCON .....	129
FETZIMA .....	64	fiberex f15 .....	129
fever reducer .....	128	fidaxomicin .....	58
FEVERALL .....	128	finasteride .....	32

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

fingolimod .....	27	fluocinolone .....	29
FINTEPLA .....	61	fluocinolone acetonide oil .....	17
FIRMAGON .....	41	fluocinolone and shower cap .....	29
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE .....	41	fluocinonide .....	29
first aid antibiotic .....	129	fluoride (sodium) .....	130
first aid antibiotic-pain rlf .....	129	fluorometholone .....	47
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST .....	129	fluorouracil .....	29, 70
flanax (naproxen) .....	129	fluoxetine .....	64, 65
flavor chews antacid .....	129	fluphenazine decanoate .....	78
flecainide .....	21	fluphenazine hcl .....	78
fleet bisacodyl .....	129	flurbiprofen .....	53
fleet docusate .....	129	flurbiprofen sodium .....	47
FLEET ENEMA .....	129	fluticasone propion-salmeterol .....	93
fleet glycerin (adult) .....	129	fluticasone propionate .....	29, 93
FLEET MINERAL OIL .....	129	fluvastatin .....	21
flevoxin .....	129	flvoxamine .....	65
flexitol .....	129	foaming acne face wash .....	130
FLINTSTONES MULTIVITAMIN .....	129	foaming antacid .....	130
flintstones/extra c .....	129	FOLAFY ER .....	130
flonase headache-allergy rlf .....	129	folamax .....	130
FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF .....	129	folaprime .....	130
FLORANEX .....	129	folbee .....	130
FLORAVANCE .....	129	folbee plus .....	130
floraxyl .....	129	folbic .....	130
flu hbp .....	129	folbic rf .....	130
flu severe cold-night(diph-pe) .....	129	folic acid .....	130
flu-severe cold-cough daytime .....	129	folic acid-vit b6-vit b12 .....	130
flu-severe cold-cough night .....	129	folic d3 .....	130
fluconazole .....	67	folitab .....	130
fluconazole in nacl (iso-osm) .....	67	folivane-f .....	130
flucytosine .....	67	folivane-plus .....	130
fludrocortisone .....	39	folplex 2.2 .....	130
flunisolide .....	93	foltabs 800 .....	130

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

foltanx	130	gallifrey	34
foltanx rf	130	GAMUNEX-C	43
FOLTRATE	130	GARDASIL 9 (PF)	43
FOLTX	130	gas relief (simethicone)	131
folvite-d	130	gas relief 80 (simethicone)	131
foot and sneaker	130	gas relief extra strength	131
formula 3	130	gas relief ultra strength	131
FORTEO	25	gas-x	131
fosamprenavir	81	gas-x extra strength	131
fosfomycin tromethamine	58	GAS-X ULTRA-STRENGTH	131
fosinopril	21	gatifloxacin	47
fosinopril-hydrochlorothiazide	21	GAUZE BANDAGE	51
fosphenytoin	61	GAUZE PAD	51
FOTIVDA	70	gavilax	131
fruit c	130	gavilyte-c	31
fruit c-500	130	gavilyte-g	31
FRUZAQLA	70	gavilyte-n	31
full spectrum b-vitamin c	130	GAVISCON	131
fungi-nail	130	GAVISCON EXTRA STRENGTH	131
fungi-nail (tolnaftate)	130	GAVRETO	70
FUNGOID TINCTURE	130	GAZYVA	70
furosemide	21	gefitinib	70
FUZEON	81	GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS	131
FYCOMPA	61	gemfibrozil	21
<b>G</b>			
g tussin ac	130	GEMTESA	32
g-fenesin	131	gencontuss	131
g-fenesin dm	131	generlac	31
G-SUPRESS DX	131	genicin	131
g-tron ped	131	genoravance	131
G-TUSICOF	131	gentamicin	47, 58
gabapentin	61	gentamicin in nacl (iso-osm)	58
galantamine	17	gentamicin sulfate (ped) (pf)	58
		gentian violet	131

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

gentle laxative (bisacodyl) .....	131	glucosam-chond-msm(with boron) .....	132
gentle laxative (mag hydrox) .....	131	glucosam-chondr msm6-manganese .....	132
gentlelax .....	131	glucosam-chondr-msm with vit d .....	132
GENVOYA .....	81	glucosam-chondr-vit c-mn-boron .....	132
geri-dryl .....	131	glucosam-msm-chond-bosw-hyalur .....	132
geri-kot .....	131	glucosam-msm-chond-hrb149-hyal .....	132
geri-lanta .....	131	glucosam-msm-chondroit-vit d3 .....	132
geri-lanta supreme .....	131	glucosamine .....	132
geri-mox antacid-antigas .....	131	glucosamine chondroitin maxstr .....	132
geri-tussin .....	132	glucosamine daily complex .....	132
geri-tussin dm .....	132	glucosamine hcl .....	132
GILOTRIF .....	70	glucosamine hcl-hyaluronic .....	132
giltuss allergy plus (dm) .....	132	glucosamine hcl-msm-chondroitn .....	132
GILTUSS COUGH-COLD .....	132	glucosamine sul-chondroitn-msm .....	132
giltuss cough-congestion .....	132	glucosamine sulfate .....	132, 133
giltuss diabetic .....	132	glucosamine sulfate-msm .....	133
giltuss ex .....	132	glucosamine-chond-msm complex .....	133
giltuss hbp .....	132	glucosamine-chondr (msm-hyal) .....	133
glatiramer .....	27	glucosamine-chondroit-vit c-mn .....	133
glatopa .....	27	glucosamine-chondroitin .....	133
glenmax peb .....	132	glucosamine-chondroitin 3x .....	133
glenmax peb dm .....	132	glucosamine-chondroitin complx .....	133
glenmax peb dm forte .....	132	glucosamine-chondroitin ds .....	133
glentuss .....	132	glucosamine-chondroitin max st .....	133
GLEOSTINE .....	70	glucosamine-chondroitin-uc ii .....	133
glimepiride .....	89	glucosamine-d3-boswellia serr .....	133
glipizide .....	89	glucosamine-d3-hyaluronic acid .....	133
glipizide-metformin .....	89	glucosamine-fish oil .....	133
gluc-chon-msm-col-hy-bos-c-min .....	132	glucosamine-msm-chondr-d3-bosw .....	133
glucos chond cplx advanced .....	132	glucosamine-msm-hyaluron acid .....	133
glucos-chond-msm (with antiox) .....	132	glutamine (sickle cell) .....	31
glucosam-chon-collag-hyalur ac .....	132	glycerin (adult) .....	133
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw .....	132	glycerin (child) .....	133

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

GLYCOPHOS .....	85	haloperidol decanoate .....	78
glycopyrrolate .....	31	haloperidol lactate .....	78
GLYXAMBI .....	89	HARD NAILS .....	134
GOMEKLI .....	70	HAVRIX (PF) .....	43
goniotaire .....	133	head congestion day-night .....	134
goody's back and body pain .....	133	head congestion-flu severe pe .....	134
GORMEL .....	133	head congestion-mucus .....	134
granisetron hcl .....	66	headache pm .....	134
griseofulvin microsize .....	67	headache relief (asa-acet-caf) .....	134
griseofulvin ultramicrosize .....	67	headache relief pm .....	134
guaiasorb dm .....	133	healthy eyes .....	134
guaifenesin .....	133	healthy eyes supervision .....	134
guaifenesin ac .....	133	healthylax .....	134
guaifenesin dac .....	133	heartburn antacid .....	134
guaifenesin-dm .....	133	heartburn prevention .....	134
guanfacine .....	21, 27	heartburn relief .....	134
gummi bear multivitamin .....	133	heartburn relief (cimetidine) .....	134
gummy dinos .....	134	heartburn relief (famotidine) .....	134
GYNE-LOTRIMIN .....	134	heather .....	35
gyne-lotrimin 7 .....	134	hematinic plus vit/minerals .....	134
<b>H</b>			
HAEGARDA .....	43	hematinic/folic acid .....	134
hailey .....	34	hematogen fa .....	134
hailey 24 fe .....	35	hematogen forte .....	134
hailey fe 1.5/30 (28) .....	35	HEMOCYTE-PLUS .....	134
hailey fe 1/20 (28) .....	35	hemorrhoid .....	134
hair vitamins .....	134	hemorrhoidal .....	134
hair, skin and nails (biotin) .....	134	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) .....	134
hair,skin and nails .....	134	hemorrhoidal (witch hazel) .....	134
hair,skin and nails(fa-biotin) .....	134	hemorrhoidal cooling .....	134
halls defense .....	134	hemorrhoidal cream .....	135
haloette .....	35	hemorrhoidal h .....	135
haloperidol .....	78	hemorrhoidal hygiene .....	135
		hemorrhoidal relief .....	135

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

hemorrhoidal(pe-min oil-petro) .....	135	hydrocortisone .....	26, 29, 135
heparin (porcine) .....	88	hydrocortisone acetate .....	135
heparin, porcine (pf) .....	88	hydrocortisone butyrate .....	29
HEPLISAV-B (PF) .....	43	hydrocortisone plus .....	135
her style .....	135	hydrocortisone-acetic acid .....	17
herbiomed allergy cold-sinus .....	135	hydrocortisone-aloe vera .....	135
herbiomed severe cold-flu m-s .....	135	hydrocream .....	135
HERNEXEOS .....	70	hydrolatum .....	135
hi-cal plus vit d .....	135	hydromet .....	135
HIBERIX (PF) .....	43	hydromorphone .....	53
high potency iron .....	135	HYDROPHILIC PETROLATUM .....	135
high potency multivit (w-iron) .....	135	HYDROPHOR .....	135
high potency multivitamin .....	135	hydroxocobalamin .....	136
HISTEX PD .....	135	hydroxychloroquine .....	77
histex pe .....	135	hydroxyurea .....	70
HISTEX-DM (PE) .....	135	hydroxyzine hcl .....	55
home lice-bedbug-dust mite spr .....	135	hydroxyzine pamoate .....	93
HUMIRA .....	43	hylavite .....	136
HUMIRA PEN .....	43	HYRNUO .....	70
HUMIRA(CF) .....	43	<b>I</b>	
HUMIRA(CF) PEN .....	43	i-prin .....	136
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS .....	43	I-VITE .....	136
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC .....	44	ibandronate .....	25
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS .....	44	IBRANCE .....	70
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN .....	90	IBTROZI .....	70
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) .....	135	ibu .....	53
hydralazine .....	21	ibu-200 .....	136
hydralyte .....	135	ibuprofen .....	53, 136
hydrating electrolyte .....	135	ibuprofen cold-sinus(with pse) .....	136
hydrochlorothiazide .....	21	ibuprofen ib .....	136
hydrocodone-acetaminophen .....	53	ibuprofen jr strength .....	136
hydrocodone-chlorpheniramine .....	135	ibuprofen pm .....	136
hydrocodone-ibuprofen .....	53	ibuprofen-acetaminophen .....	136

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ICAR .....	136	infant's ibuprofen .....	136
ICAR-C .....	136	INFANT'S MOTRIN .....	136
ICAR-C PLUS .....	136	INFANT'S TYLENOL .....	136
icatibant .....	44	infant-toddler multivit .....	136
iclevia .....	35	infant-toddler multivit-iron .....	136
ICLUSIG .....	70	infant-toddler multivitamin .....	136
IDHIFA .....	70	infants gas relief .....	137
iferex 150 .....	136	infants profenib .....	137
iferex 150 forte .....	136	infants simethicone .....	137
igualtuss .....	136	infants' mylicon .....	137
ILEVRO .....	47	infants' pain and fever .....	137
imatinib .....	70	infants' pain relief .....	137
IMBRUVICA .....	71	INFUVITE ADULT .....	137
IMFINZI .....	71	INFUVITE PEDIATRIC .....	137
imipenem-cilastatin .....	59	INLEXZO .....	71
imipramine hcl .....	65	INLURIYO .....	71
imiquimod .....	29	INLYTA .....	71
IMJUDO .....	71	INQOVI .....	71
IMKELDI .....	71	INREBIC .....	71
IMODIUM A-D .....	136	INSULIN ASPART U-100 .....	90
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF .....	136	INSULIN LISPRO .....	90
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) .....	44	INSULIN SYRINGE MICROFINE .....	51
IMPAVIDO .....	77	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 .....	51
incassia .....	35	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE .....	51
INCONTROL ALCOHOL PADS .....	51	INTEGRA F .....	137
INCRELEX .....	39	INTEGRA PLUS .....	137
indapamide .....	21	INTELENCE .....	81
indomethacin .....	53	intestinex .....	137
INFANRIX (DTAP) (PF) .....	44	INTRALIPID .....	85
infant fever reducer-pain relf .....	136	introvale .....	35
infant pain reliever .....	136	INVEGA HAFYERA .....	78
infant's acetaminophen .....	136	INVEGA SUSTENNA .....	78
INFANT'S ADVIL .....	136	INVEGA TRINZA .....	78

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

invigoflex d .....	137	itch relief (pramoxine-zinc) .....	137
inzo antifungal .....	137	itch stopping(diphenhydramine) .....	137
IONOSOL-MB IN D5W .....	85	ITOVEBI .....	71
IPOL .....	44	itraconazole .....	67
ipratropium bromide .....	93	IV PREP WIPES .....	51
ipratropium-albuterol .....	93	ivabradine .....	22
irbesartan .....	21	ivermectin .....	77, 137
irbesartan-hydrochlorothiazide .....	21	IWILFIN .....	71
iron .....	137	IXIARO (PF) .....	44
iron (ferrous sulfate) .....	137	<b>J</b>	
iron 100 plus .....	137	jaimiess .....	35
iron bisglycinate chelate .....	137	JAKAFI .....	71
iron chews .....	137	jantoven .....	88
iron folate plus .....	137	JANUMET .....	90
iron folate-f .....	137	JANUMET XR .....	90
iron,carbonyl-vitamin c .....	137	JANUVIA .....	90
is-d-10,000 .....	137	JARDIANCE .....	90
ISENTRESS .....	81	jasmiel (28) .....	35
ISENTRESS HD .....	81	JAYPIRCA .....	71
isibloom .....	35	JEMPERLI .....	71
ISOLYTE S PH 7.4 .....	85	jencycla .....	35
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....	85	JENTADUETO .....	90
ISOLYTE-S .....	85	JENTADUETO XR .....	90
isoniazid .....	68	jock itch .....	137
isosorbide dinitrate .....	21	jock itch (clotrimazole) .....	137
isosorbide mononitrate .....	22	jock itch (terbinafine) .....	137
isosorbide-hydralazine .....	22	jr. strength pain reliever .....	137
isotretinoin .....	29	juleber .....	35
itch relief .....	137	julie .....	137
itch relief (clotrimazole) .....	137	JULUCA .....	81
itch relief (diphenhydramine) .....	137	junel 1.5/30 (21) .....	35
itch relief (hc) .....	137	junel 1/20 (21) .....	35
itch relief (hc) with aloe .....	137	junel fe 1.5/30 (28) .....	35

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

june fe 1/20 (28) .....	35	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS .....	138
june fe 24 .....	35	KIMONO TEXTURED CONDOMS .....	138
JYLAMVO .....	44	KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS .....	138
JYNARQUE .....	85	kinderlyte .....	138
JYNNEOS (PF) .....	44	kindermed infants pain-fever .....	138
<b>K</b>			
k-pax immune support .....	138	kindermed kid night cold-cough .....	138
k-pec antidiarrheal (bism sub) .....	138	kindermed kids cough-congest .....	138
k2 plus d3 .....	138	kindermed kids pain-fever .....	138
KABIVEN .....	85	KINRIX (PF) .....	44
KALETRA .....	81	kionex .....	85
kalliga .....	35	KISQALI .....	71
KANJINTI .....	71	KISQALI FEMARA CO-PACK .....	71
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) .....	138	klayesta .....	67
kaopectate ex str (bismuth ss) .....	138	KLOR-CON 10 .....	85
kariva (28) .....	35	klor-con 8 .....	85
kelnor 1/35 (28) .....	35	klor-con m10 .....	85
kelnor 1/50 (28) .....	35	KLOR-CON M15 .....	85
kelp-lecithin-b6 .....	138	klor-con m20 .....	85
KERENDIA .....	22	KLOXXADO .....	26
KESIMPTA PEN .....	27	kobee .....	138
ketoconazole .....	67	KOMZIFTI .....	71
ketorolac .....	47, 53	konsyl (sugar) .....	138
ketotifen fumarate .....	138	KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) .....	138
keyfolic .....	138	KONSYL SUGAR-FREE .....	138
KEYTRUDA .....	71	KOSELUGO .....	71
KEYTRUDA QLEX .....	71	KRAZATI .....	72
kids multivitamin complete .....	138	kurvelo (28) .....	35
kids vitamin d3 .....	138	<b>L</b>	
kids' gummy .....	138	l norgest/e.estradiol-e.estrad .....	35
KIMONO LUBRICATED CONDOMS .....	138	l-methyl-mc .....	138
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON .....	138	l-methylfolate forte .....	138
KIMONO MICROTHIN CONDOMS .....	138	l. acidophilus-b. coagulans .....	138
		l. acidoph, saliva-b. bif-s. therm .....	138

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

l.acidophilus-bifido.longum .....	138	laxative pills regular .....	139
labetalol .....	22	LAZCLUZE .....	72
lacosamide .....	62	leena 28 .....	35
lactated ringers .....	85	leflunomide .....	44
lactobac acidoph-fructooligos .....	138	lenalidomide .....	72
lactobacillus acidoph-l. bifid .....	138	LENVIMA .....	72
lactobacillus acidoph-l.bulgar .....	138, 139	lessina .....	35
lactobacillus acidophilus .....	139	letrozole .....	72
lactulose .....	31	leucovorin calcium .....	72
LAMISIL AT .....	139	LEUKERAN .....	72
lamivudine .....	81	leuprolide .....	41
lamivudine-zidovudine .....	82	leuprolide acetate (3 month) .....	41
lamotrigine .....	62	levalbuterol tartrate .....	93
LAMPIT .....	77	levetiracetam .....	62
lanreotide .....	41	levetiracetam in nacl (iso-os) .....	62
lansoprazole .....	31	LEVO-T .....	40
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN .....	90	levobunolol .....	47
LANTUS U-100 INSULIN .....	90	levocarnitine .....	85
lapatinib .....	72	levocarnitine (with sugar) .....	85
larin 1.5/30 (21) .....	35	levocetirizine .....	93
larin 1/20 (21) .....	35	levofloxacin .....	59
larin 24 fe .....	35	levofloxacin in d5w .....	59
larin fe 1.5/30 (28) .....	35	levoleucovorin calcium .....	72
larin fe 1/20 (28) .....	35	levomefol-b6-meb12-algal oil .....	139
latanoprost .....	47	levomefolate calcium .....	139
lax stool softener with senna .....	139	levomefolate-algal oil .....	139
laxa basic .....	139	levonest (28) .....	35
laxacin .....	139	levonorg-eth estrad triphasic .....	35
laxaclear .....	139	levonorgestrel .....	139
laxative (bisacodyl) .....	139	levonorgestrel-ethinyl estrad .....	35, 36
laxative (sennosides) .....	139	levora-28 .....	36
laxative peg 3350 .....	139	levothyroxine .....	40
laxative pills .....	139	LEVOXYL .....	40

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

LIBERVANT .....	62	lisinopril-hydrochlorothiazide .....	22
LIBTAYO .....	72	lithium carbonate .....	48
lice bedding spray .....	139	lithium citrate .....	48
lice complete kit 1-2-3 .....	139	LITTLE ANIMALS .....	140
lice killing .....	139	little animals-iron .....	140
lice killing (permethrin) .....	139	little remedies fever and pain .....	140
lice pyrinyl shampoo .....	139	little remedies gas relief .....	140
lice solution .....	139	little tummys gas relief .....	140
lice treatment .....	139	LIVTENCITY .....	82
lice treatment (permethrin) .....	139	Imefol ca-acetyl-meb12-algal .....	140
lice-bedbug-mite bedding .....	139	LMX 5 .....	140
lidocaine .....	54, 139	lo-zumandimine (28) .....	36
lidocaine hcl .....	54	LOCOID LIPOCREAM .....	29
lidocaine viscous .....	54	LOESTRIN 1.5/30 (21) .....	36
lidocaine-epinephrine .....	55	LOESTRIN 1/20 (21) .....	36
lidocaine-prilocaine .....	55	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) .....	36
linagliptin-metformin .....	90	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) .....	36
linezolid .....	59	lohist - d .....	140
linezolid in dextrose 5% .....	59	lohist-dm .....	140
linezolid-0.9% sodium chloride .....	59	lojaimiess .....	36
lintera .....	139	LOKELMA .....	86
LINZESS .....	31	lomustine .....	72
liomny .....	40	long acting nasal decong (pse) .....	140
liothyronine .....	40	LONSURF .....	72
LIP TREATMENT .....	139	loperamide .....	31, 140
liquibid d-r .....	139	loperamide-simethicone .....	140
liquid antacid .....	140	lopinavir-ritonavir .....	82
liquid b-12 .....	140	LOQTORZI .....	72
liquid c .....	140	lorata-d .....	140
liquid calcium with vitamin d .....	140	lorata-dine d .....	140
liquid corn and callus remover .....	140	loratadine-d .....	140
liquituss gg .....	140	lorazepam .....	55
lisinopril .....	22	lorazepam intensol .....	55

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

LORBRENA .....	72	lysiplex plus .....	140
loryna (28) .....	36	LYSODREN .....	72
losartan .....	22	LYTGOBI .....	72
losartan-hydrochlorothiazide .....	22	lyza .....	36
LOTEMAX SM .....	47	<b>M</b>	
loteprednol etabonate .....	47	m-dryl .....	141
lotrimin af .....	140	M-M-R II (PF) .....	44
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) .....	140	m-natal plus .....	86
lotrimin af jock itch powder .....	140	m-pap .....	141
lotrimin af powder .....	140	MAALOX ADVANCED .....	141
LOTRIMIN ULTRA .....	140	maalox maximum strength .....	141
lovastatin .....	22	MAG 64 .....	141
low-ogestrel (28) .....	36	mag-al plus .....	141
loxapine succinate .....	78	mag-al plus extra strength .....	141
lubiprostone .....	31	mag-delay .....	141
lubricant redness reliever .....	140	mag-g .....	141
ludent fluoride .....	140	magnesium .....	141
luizza .....	36	magnesium (oxide/aa chelate) .....	141
LUMAKRAS .....	72	magnesium amino acid chelate .....	141
LUMIFY .....	140	magnesium chloride .....	141
LUMIGAN .....	47	magnesium citrate .....	141
lumitene .....	140	magnesium citrate,mag oxide .....	141
LUPRON DEPOT .....	41	magnesium citrate-lemon balm .....	141
LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....	41	magnesium gluconate .....	141
lurasidone .....	78	magnesium glycinate .....	141
lurbipr .....	53	magnesium hydroxide .....	141
lutra (28) .....	36	magnesium l-lactate .....	141
LUTRATE DEPOT (3 MONTH) .....	41	magnesium oxide .....	141
LYBALVI .....	78	magnesium sulfate .....	86, 141
lycopene .....	140	magnesium sulfate in d5w .....	86
lyleq .....	36	magnesium sulfate in water .....	86
lyllana .....	36	magnesium, potassium aspartate .....	141
LYNPARZA .....	72	MAGOX .....	141

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

MAGTAB .....	141	medroxyprogesterone .....	36
malathion .....	30	mefloquine .....	77
mapap (acetaminophen) .....	141	mega biotin .....	142
mapap cold formula .....	142	mega multi for women .....	142
maraviroc .....	82	mega multiple/chelated mineral .....	142
MARGENZA .....	72	mega multivitamin for men .....	142
marlissa (28) .....	36	megestrol .....	36
MARPLAN .....	65	MEKINIST .....	72
MATULANE .....	72	MEKTOVI .....	73
maxallergy kids .....	142	meleya .....	36
maxi-tuss ac .....	142	meloxicam .....	53
maxi-tuss g .....	142	melphalan .....	73
maxi-tuss gmx .....	142	memantine .....	17
maxi-tuss jr .....	142	men 50 plus advanced one daily .....	142
maxi-tuss pe .....	142	men 50 plus multivitamin .....	143
maxi-tuss pe jr .....	142	men under 50 multivitamin .....	143
maxi-tuss pe max .....	142	men's 50 plus daily formula .....	143
maxi-tuss tr .....	142	men's 50 plus multivitamin .....	143
maximum strength cold-flu .....	142	men's daily formula .....	143
maxrelief junior .....	142	men's daily gummies .....	143
maxtussin .....	142	men's multivitamin .....	143
maxtussin dm .....	142	men's multivitamin gummies .....	143
me-thfolate glucos-mecobalamin .....	142	men's one daily .....	143
meclizine .....	66, 142	men's pack .....	143
mecobalamin (vitamin b12) .....	142	MENEST .....	36
medi-meclizine .....	142	MENQUADFI (PF) .....	44
MEDI-PADS .....	142	menstrual complete .....	143
medi-seltzer .....	142	menstrual pain relief .....	143
medicated pads .....	142	menstrual relief .....	143
medicated wipes .....	142	menstrual relief(pamabr-pyrid) .....	143
medicidin-d .....	142	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....	44
mediplast corn-callus-wart .....	142	mercaptopurine .....	73
mediproxen .....	142	MERIBIN .....	143

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

meropenem	59	metoclopramide hcl	66
meropenem-0.9% sodium chloride	59	metolazone	22
mesalamine	26	metoprolol succinate	22
mesna	73	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22
META APPETITE CTRL (ASPARTAME)	143	metoprolol tartrate	22
metafolbic	143	metronidazole	59
metafolbic plus	143	metronidazole in nacl (iso-os)	59
metafolbic plus rf	143	metyrosine	22
METAMUCIL	143	mg217 psoriasis (coal tar)	143
metamucil (sugar)	143	mgo	143
metamucil (with sugar)	143	micafungin	67
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR)	143	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	67
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	143	micatin	143
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	143	miclara dm	143
metamucil sunrise	143	miclara lq	143
METANX (ALGAL OIL)	143	micomitin	143
metformin	90	miconazole nitrate	144
methadone	53, 54	miconazole-3	67, 144
methadone intensol	54	miconazole-3 prefil,cream,wipe	144
methazolamide	47	miconazole-7	144
methenamine hippurate	59	miconazole-skin clnsr17	144
methimazole	41	miconazorb af	144
methocarbamol	92	micotrin ac	144
methotrexate sodium	44	micotrin al	144
methotrexate sodium (pf)	44	micotrin ap	144
methsuximide	62	micro-guard	144
methyl dopa	22	microflor 33	144
methyl dopa-hydrochlorothiazide	22	microgestin 1.5/30 (21)	36
methylphenidate hcl	27	microgestin 1/20 (21)	36
methylprednisolone	39	microgestin fe 1.5/30 (28)	36
methylprednisolone acetate	39	microgestin fe 1/20 (28)	36
methylprednisolone sodium succ	39	midodrine	22
methyltetrahydrofolate glucos	143	MIDOL COMPLETE	144

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

MIDOL MAX ST MENSTRUAL .....	144	MONISTAT 7 .....	145
midol pm .....	144	monistat care (hydrocortisone) .....	145
mifepristone .....	51	mono-lyyah .....	36
migraine formula .....	144	montelukast .....	93
migraine relief .....	144	more-dophilus .....	145
mili .....	36	morphine .....	54
milk of magnesia .....	144	morphine concentrate .....	54
milk of magnesia concentrated .....	144	motion sickness .....	145
milltrium senior .....	144	motion sickness (meclizine) .....	145
mimvey .....	36	motion sickness relief .....	145
mineral oil .....	144	motion sickness relief(mecliz) .....	145
mineral oil extra heavy .....	144	motion-time .....	145
mineral oil heavy .....	144	motrin dual action w-tylenol .....	145
mini enema .....	144	motrin ib .....	145
minocycline .....	59	motrin pm .....	145
minoxidil .....	22	MOUNJARO .....	90
mintox maximum strength .....	144	MOVANTIK .....	31
mintox plus .....	144	move it along .....	145
MIRALAX .....	145	moxifloxacin .....	47, 59
MIRENA .....	51	moxifloxacin-sod.chloride(iso) .....	59
mirtazapine .....	65	MRESVIA (PF) .....	44
misoprostol .....	31	mtx support .....	145
mitomycin .....	73	mucilin sf .....	145
mix-in laxative .....	145	MUCINEX .....	145
modafinil .....	49	MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT .....	145
MODEYSO .....	73	mucinex cough-chest congest hb .....	145
moexipril .....	22	MUCINEX D .....	145
moi-stir .....	145	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH .....	145
molindone .....	79	MUCINEX DM .....	145
mometasone .....	30, 93	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU .....	145
mondoxyne nl .....	59	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT .....	145
monistat 1 (tioconazole) .....	145	mucinex fast-max cong-ha (dm) .....	145
monistat 3 .....	145	mucinex fast-max dm max .....	145

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

mucinex fast-max kick cong-cgh	145	multi-day with iron	146
mucinex fast-max sv cong-cough	146	multi-purpose ointment	146
mucinex sinus-max cong-pain(dm)	146	multi-symptom cold (pe)	147
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	146	multi-symptom relief eye	147
mucinex sinus-max pressure-cgh	146	multi-symptom severe cold-nt	147
mucinex sinus-max sev congestn	146	multi-vit with fluoride-iron	147
mucosa	146	multi-vitamin hp/minerals	147
mucosa dm	146	multi-vitamin with fluoride	147
mucus d	146	multi-vite	147
mucus dm	146	multigen	147
mucus dm max er	146	multigen folic	147
mucus relief	146	multigen plus	147
mucus relief cold and sinus	146	multihealth fiber	147
mucus relief cold-flu-sore thr	146	multihealth fiber (sugar)	147
mucus relief congestion-cough	146	multiple vitamin-minerals	147
mucus relief d (pseudoephed)	146	multiple vitamins	147
mucus relief dm	146	multivit with min-folic acid	147
mucus relief dm cough	146	multivit,calc,min-fa-k1-lycop	147
mucus relief dm max	146	multivit-fluoride (metafolin)	147
mucus relief er	146	multivit-min-ferrous fumarate	147
mucus relief er dm-max	146	multivit-min-folic acid-lutein	147
mucus relief pe	146	multivit-min-iron fum-folic ac	147
mucus relief sev congest-cold	146	multivitamin	147
mucus relief severe cold	146	multivitamin 50 plus	147
mucus relief sinuspressur-pain	146	multivitamin with iron	147
mucus rlf severe sinus congest	146	multivitamin with minerals	147
MUCUS-CHEST CONGESTION	146	multivitamin women 50 plus	147
mucus-er max	146	mupirocin	30
MULTAQ	22	MURINE EAR	147
multi antibiotic plus	146	murine ear wax removal system	147
multi complete with iron	146	muro 128	147
multi vitamin	146	MVASI	73
MULTI-DAY PLUS MINERALS	146	my choice	147

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

my way .....	147	NATACYN .....	47
my-vitalife .....	147	NATAZIA .....	37
myco nail a .....	148	nateglinide .....	90
mycophenolate mofetil .....	44	natura-lax .....	148
mycophenolate mofetil (hcl) .....	44	natural daily fiber .....	148
mycophenolate sodium .....	44	natural fiber laxative .....	148
mycozyl ac .....	148	natural fiber laxative (sugar) .....	148
mycozyl al .....	148	natural fiber laxative(aspart) .....	148
mycozyl ap .....	148	natural fiber supplement .....	148
myferon 150 .....	148	natural oatmeal bath treatment .....	148
myferon 150 forte .....	148	natural senna laxative .....	148
mylanta gas .....	148	natural veg laxative(sennosid) .....	148
mylanta maximum strength .....	148	nausea control .....	148
mynephrocaps .....	148	nausea relief .....	148
mynephron .....	148	NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA .....	148
myo-tone .....	148	NAYZILAM .....	62
MYRBETRIQ .....	32	neбиволол .....	22
<b>N</b>		necon 0.5/35 (28) .....	37
nabumetone .....	54	nefazodone .....	65
nadolol .....	22	neo-vital rx .....	86
nafcillin .....	59	neomycin .....	59
nafcillin in dextrose iso-osm .....	59	neomycin-bacitracin-poly-hc .....	47
naloxone .....	26, 148	neomycin-bacitracin-polymyxin .....	47
naltrexone .....	26	neomycin-polymyxin b-dexameth .....	48
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....	51	neomycin-polymyxin-gramicidin .....	48
NANO PEN NEEDLE .....	51	neomycin-polymyxin-hc .....	17, 48
naproxen .....	54	NEONATAL COMPLETE .....	86
naproxen sodium .....	54, 148	NEONATAL PLUS VITAMIN .....	86
naramin .....	148	NEONATAL-DHA .....	86
naratriptan .....	18	neosporin (neo-bac-polym) .....	148
NARCAN .....	148	neosporin plus burn relief .....	149
nasal decongestant (pe) .....	148	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC) .....	149
nasal decongestant (pseudoeph) .....	148	NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR .....	149

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

nephro vitamins .....	149	nite time cold-flu relief .....	149
NEPHRO-VITE .....	149	nite time cold-flu relief (pe) .....	149
NERLYNX .....	73	nite time cough .....	149
NEURIN-SL .....	149	nite time-d cold-flu relief .....	149
NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH .....	149	nite-time cold-flu .....	149
NEUTROGENA T/SAL .....	149	nitetime multi-symptom .....	149
nevirapine .....	82	nitisinone .....	94
new day .....	149	nitrofurantoin macrocrystal .....	59
NEXAFED .....	149	nitrofurantoin monohyd/m-cryst .....	59
NEXLETOL .....	22	nitroglycerin .....	23, 51
NEXLIZET .....	22	niva-fol .....	149
NEXPLANON .....	37	niva-plus .....	149
niacin .....	23	nivanex dmx .....	149
niacor .....	23	NIVESTYM .....	88
NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM) .....	149	NIX CREME RINSE .....	149
nicotinamide (with chromium) .....	149	NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION .....	149
NICOTROL NS .....	26	nizatidine .....	31
nifedipine .....	23	nizoral psoriasis .....	149
night time cold and flu relief .....	149	noble formula .....	149, 150
night time pain medicine .....	149	noble formula hc .....	150
nighttime allergy relief .....	149	nohist-dm .....	150
nighttime cold-flu .....	149	nohist-lq .....	150
nighttime cold-flu relief .....	149	non-aspirin .....	150
nighttime cough .....	149	non-aspirin extra strength .....	150
nikki (28) .....	37	non-aspirin pain relief .....	150
nilotinib d-tartrate .....	73	non-aspirin pm .....	150
nilotinib hcl .....	73	NORA-BE .....	37
nilutamide .....	73	norelgestromin-ethin.estradiol .....	37
nimodipine .....	23	noreth-ethinyl estradiol-iron .....	37
ninjacof-xg .....	149	norethindrone (contraceptive) .....	37
NINLARO .....	73	norethindrone ac-eth estradiol .....	37
nitazoxanide .....	77	norethindrone acetate .....	37
nite time cold-flu .....	149	norethindrone-e.estradiol-iron .....	37

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

norgestimate-ethinyl estradiol .....	37	nusyllium .....	150
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE .....	86	NUTRILIPID .....	86
NORMOSOL-R .....	86	nyamyc .....	67
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE .....	86	nylia 1/35 (28) .....	37
NORMOSOL-R PH 7.4 .....	86	nylia 7/7/7 (28) .....	37
nortemp .....	150	nystatin .....	67
nortrel 0.5/35 (28) .....	37	nystatin-triamcinolone .....	67
nortrel 1/35 (21) .....	37	nystop .....	67
nortrel 1/35 (28) .....	37		
nortrel 7/7/7 (28) .....	37	<b>O</b>	
nortriptyline .....	65	ocella .....	37
NORVIR .....	82	octreotide acetate .....	41
norwegian cod liver oil .....	150	octreotide,microspheres .....	41
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....	90	ocutabs .....	150
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....	90	ocuvite with lutein .....	150
NOVOLIN N FLEXPEN .....	90	ODEFSEY .....	82
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....	90	ODOMZO .....	73
NOVOLIN R FLEXPEN .....	90	odor control foot-sneaker .....	150
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN .....	90	OFEV .....	93
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN .....	90	ofloxacin .....	17, 48, 59
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN .....	91	OGSIVEO .....	73
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 .....	91	OJEMDA .....	73
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....	91	OJJAARA .....	73
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART .....	91	olanzapine .....	79
NOVOPEN ECHO .....	51	olmesartan .....	23
np thyroid .....	40	olmesartan-amlodipin-hcthiazyd .....	23
NU-IRON .....	150	olmesartan-hydrochlorothiazide .....	23
NUBEQA .....	73	olopatadine .....	150
NUCALA .....	93	omega-3 acid ethyl esters .....	23
NUEDEXTA .....	27	omeprazole .....	31
numbcream .....	150	omnicap .....	150
NUPERCAINAL .....	150	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS) .....	51
NUPLAZID .....	79	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5) .....	51
		OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5) .....	51

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS) .....	51	one daily women 50 plus(vit k) .....	151
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3) .....	51	one daily women's .....	151
OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4) .....	51	one daily women's health .....	151
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) .....	51	one daily womens 50 plus .....	151
OMNIPOD GO PODS .....	51	one natal rx .....	86
OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY .....	51	ONE STEP OVULATION TEST .....	151
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY .....	51	ONE STEP PREGNANCY TEST .....	151
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY .....	51	one-a-day cholesterol plus .....	151
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY .....	52	one-a-day essential .....	151
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY .....	52	one-a-day maximum formula .....	151
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY .....	52	one-a-day men vitacraves .....	151
OMNITROPE .....	39	one-a-day men's pro edge .....	151
oncovite .....	150	one-a-day teen advantage .....	151
ondansetron .....	66	ONE-A-DAY VITACRAVES .....	151
ondansetron hcl .....	66	ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY .....	151
ondansetron hcl (pf) .....	66	ONE-A-DAY WOMEN VITACRAVES .....	151
one daily .....	150	one-a-day women's 50 plus .....	151
one daily energy .....	150	ONE-A-DAY WOMENS FORMULA .....	151
one daily essential .....	150	onelax bisacodyl .....	151
one daily for men .....	150	onelax docusate sodium .....	151
one daily for men 50 plus adv .....	150	onelax fiber (with sucrose) .....	151
one daily for women .....	150	onelax magnesium citrate .....	151
one daily healthy weight .....	150	onelax senna .....	151
one daily maximum .....	150	onevite calcium-d3 .....	151
one daily men's 50 plus memory .....	150	onevite daily multivitamin .....	151
one daily men's 50 plus w-d3 .....	150	ONUREG .....	73
one daily men's health .....	150	opcicon one-step .....	151
one daily multivit-iron(folic) .....	150	OPDIVO .....	73
one daily multivitamin .....	151	OPDIVO QVANTIG .....	73
one daily plus iron .....	151	OPDUALAG .....	73
ONE DAILY PLUS MINERALS .....	151	OPIPZA .....	79
one daily prenatal .....	151	OPSUMIT .....	93
one daily women 50 plus .....	151	OPTIFLEX-G .....	151

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

optimal d3 .....	151	pain relief (aspirin-caffeine) .....	152
option-2 .....	151	pain relief (ibuprofen) .....	152
OPVEE .....	26	pain relief adult .....	152
oral saline laxative .....	151	pain relief cold and cough .....	152
oralyte .....	152	pain relief es (acetaminophen) .....	152
ORGOVYX .....	73	pain relief pm .....	152
orquidea .....	37	pain relief pm (w-aspirin) .....	152
ORSERDU .....	73	pain relief pm rapid release .....	152
ortho df .....	152	pain reliever (acetam-aspirin) .....	152
oseltamivir .....	82	pain reliever (acetaminophen) .....	152
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN) .....	152	pain reliever es(acetaminophn) .....	152
OTULFI .....	44	pain reliever plus .....	152
OVULATION TEST .....	152	pain reliever pm ex-strength .....	152
oxacillin .....	59	pain-off .....	152
oxacillin in dextrose(iso-osm) .....	59	paliperidone .....	79
oxcarbazepine .....	62	panoxyl .....	152
oxybutynin chloride .....	32	panoxyl (salicylic acid) .....	152
oxycodone .....	54	PANRETIN .....	73
oxycodone-acetaminophen .....	54	pantoprazole .....	31
oysco 500/d .....	152	pantoprazole in 0.9% sod chlor .....	31
oyster shell + d3 .....	152	paricalcitol .....	25
oyster shell calcium .....	152	paroxetine hcl .....	65
oyster shell calcium 500 .....	152	PATADAY ONCE DAILY RELIEF .....	152
oyster shell calcium and mag .....	152	PATADAY TWICE DAILY RELIEF .....	152
oyster shell calcium-vit d3 .....	152	PAXLOVID .....	82
oystercal-d .....	152	pazopanib .....	73
OZEMPIC .....	91	PDG OVULATION CONFIRM TEST .....	153
<b>P</b>			
P AND S (SALICYLIC ACID) .....	152	pecgen dmx .....	153
p-col rite .....	152	pecgen pse .....	153
PACERONE .....	23	pedi multivit no.194-iron sulf .....	153
pain and sleep .....	152	pedia d-vite .....	153
pain relief (acetaminophen) .....	152	pedia iron .....	153
		PEDIA POLY-VITE WITH IRON .....	153

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

pedia tri-vite .....	153	PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH .....	153
pedia-lax stool softener .....	153	PEPCID COMPLETE .....	153
PEDIACLEAR PD .....	153	PEPTO-BISMOL .....	153
PEDIALYTE .....	153	PEPTO-BISMOL MAX ST .....	153
PEDIALYTE ADVANCED CARE .....	153	PEPTO-BISMOL TO-GO .....	153
PEDIALYTE FREEZER POPS .....	153	perampanel .....	62
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT .....	153	percogesic backache relief .....	153
PEDIALYTE SINGLES .....	153	percogesic extra strength .....	153
PEDIARIX (PF) .....	44	PERIKABIVEN .....	86
pediatric d-vite .....	153	perindopril erbumine .....	23
pediatric electrolyte .....	153	periogard .....	28
pediatric enema .....	153	PERJETA .....	74
pediatric freezer pops .....	153	permethrin .....	30
pediatric multivitamin no.171 .....	153	perphenazine .....	79
pediatric tri-vite .....	153	PERSA-GEL .....	153
PEDVAX HIB (PF) .....	44	PETROLATUM, YELLOW (BULK) .....	153
peg 3350-electrolytes .....	31	PETROLEUM JELLY .....	153
peg-electrolyte soln .....	31	PETROLEUM JELLY, WHITE .....	153
PEGASYS .....	44	pharbecchlor .....	154
PEMAZYRE .....	73	pharbedryl .....	154
PEN NEEDLE, DIABETIC .....	52	pharbetol .....	154
PENBRAYA (PF) .....	44	pharbinex-dm .....	154
penicillamine .....	86	PHAZYME .....	154
penicillin g pot in dextrose .....	59	phenazopyridine .....	154
penicillin g potassium .....	59	phenelzine .....	65
penicillin g sodium .....	59	phenobarbital .....	62
penicillin v potassium .....	60	phenylephrine hcl .....	154
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF) .....	44	phenylephrine-dm-guaifenesin .....	154
PENTACEL (PF) .....	44	phenytoin .....	62
pentamidine .....	77	phenytoin sodium .....	62
pentoxifylline .....	23	phenytoin sodium extended .....	62
pep-t-med .....	153	philith .....	37
PEPCID AC .....	153	phillips .....	154

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

PHILLIPS MILK OF MAGNESIA .....	154	polocaine-mpf .....	55
phillips' liqui-gels .....	154	poly bacitracin (zinc) .....	154
PHOS-NAK .....	154	poly-iron .....	154
phosphate laxative .....	154	poly-iron 150 forte .....	154
phosphorous supplement .....	154	POLY-VI-SOL .....	154
phytonadione (vitamin k1) .....	154	poly-vita drops .....	154
PIFELTRO .....	82	poly-vita with iron .....	154
pilocarpine hcl .....	28, 48	polycin .....	48
pimecrolimus .....	30	polyethylene glycol 3350 .....	155
pimozide .....	79	polymyxin b sulf-trimethoprim .....	48
pimtrea (28) .....	37	polymyxin b sulfate .....	60
pinaway .....	154	polysaccharide iron complex .....	155
pink bismuth .....	154	POLYSPORIN .....	155
pink bismuth maximum strength .....	154	POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMN) .....	155
pinrid .....	154	pomalidomide .....	74
pinworm treatment .....	154	portia 28 .....	37
pioglitazone .....	91	PORTRAZZA .....	74
pioglitazone-metformin .....	91	posaconazole .....	67
piperacillin-tazobactam .....	60	posture-d (with magnesium) .....	155
PIQRAY .....	74	potassium acetate .....	86
pirfenidone .....	93	potassium chlorid-d5-0.45%nacl .....	86
piroxicam .....	54	potassium chloride .....	86
PLAN B ONE-STEP .....	154	potassium chloride in 0.9%nacl .....	86
plantar wart remover .....	154	potassium chloride in 5 % dex .....	87
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 .....	86	potassium chloride in lr-d5 .....	87
PLASMA-LYTE A .....	86	potassium chloride in water .....	87
PLENAMINE .....	86	potassium chloride-0.45 % nacl .....	87
pm pain relief .....	154	potassium chloride-d5-0.2%nacl .....	87
pnv no.95-ferrous fumarate-fa .....	154	potassium chloride-d5-0.9%nacl .....	87
podofilox .....	30	potassium citrate .....	87, 155
poison ivy dual action .....	154	potassium gluconate .....	155
poison ivy treatment .....	154	potassium, sodium phosphates .....	155
polocaine .....	55	POTELIGEO .....	74

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

powderlax .....	155	prenatal multi-dha (algal oil) .....	155
pr natal 400 .....	87	prenatal multi-dha(with vit k) .....	155
pr natal 400 ec .....	87	prenatal multivitamins .....	155
pr natal 430 .....	87	prenatal one daily .....	155
pr natal 430 ec .....	87	prenatal plus (calcium carb) .....	87
pramipexole .....	19	prenatal plus vitamin-mineral .....	87
pramoxine .....	155	prenatal tablet .....	156
prasugrel hcl .....	88	prenatal vit no.179-iron-folic .....	156
pravastatin .....	23	prenatal vit-iron fum-folic ac .....	156
praziquantel .....	77	prenatal vitamin .....	156
prazosin .....	23	prenatal vitamin plus low iron .....	156
pre-menstrual relief .....	155	prenatal vitamin with minerals .....	156
PREBIOTIC FIBER .....	155	prenatal with dha-folic acid .....	156
prednisolone .....	39	PRENATE ELITE .....	87
prednisolone acetate .....	48	PREPARATION H .....	156
prednisolone sodium phosphate .....	39, 40, 48	preparation h (pe) .....	156
prednisone .....	40	preparation h (witch hazel) .....	156
prednisone intensol .....	40	preparation h hydrocortisone .....	156
pregabalin .....	27, 28	PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL) .....	156
PREGNANCY TEST .....	155	PREPARATION H(PE,CB) .....	156
PREMARIN .....	37	pres gen .....	156
PREMASOL 10 % .....	87	PRES GEN PEDIATRIC .....	156
PRENATA .....	87	PRESERVISION AREDS .....	156
PRENATABS FA .....	87	presgen b .....	156
prenatal .....	155	pressure and pain pe .....	156
prenatal + dha .....	155	pressure-pain pe plus cold .....	156
prenatal 19 .....	155	pressure-pain pe plus mucus .....	156
prenatal complete .....	155	prevalite .....	23
prenatal formula .....	155	PREVYMIS .....	82
prenatal gummies .....	155	PREZCOBIX .....	82
prenatal gummies (dha-epa) .....	155	PREZISTA .....	82
prenatal gummies(zinc chelate) .....	155	PRIFTIN .....	68
prenatal multi .....	155	primaquine .....	77

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

primidar .....	156	PROMACTA .....	88, 89
primidone .....	63	PROMELLA .....	157
PRIMSOL .....	60	promethazine .....	66
PRIORIX (PF) .....	45	promethazine vc-codeine .....	157
PRO COMFORT ALCOHOL PADS .....	52	promethazine-codeine .....	157
PRO-COMFORT ALCOHOL PADS .....	52	promethazine-dm .....	157
probenecid .....	17	promolaxin .....	157
probenecid-colchicine .....	17	propafenone .....	23
probiotic .....	156	propranolol .....	23
probiotic acidophilus .....	156	propranolol-hydrochlorothiazid .....	23
probiotic acidophilus (4 strn) .....	156	propylthiouracil .....	41
probiotic acidophilus beads .....	156	PROQUAD (PF) .....	45
PROBIOTIC ACIDOPHILUS-PECTIN .....	156	PROSOL 20 % .....	87
probiotic colon support .....	156	protective ointment .....	157
probiotic complex .....	156	protriptyline .....	65
probiotic digest supp (6-strn) .....	156	pseudoephedrine hcl .....	157
probiotic digest(lacto,bifido) .....	156	pseudoephedrine-guaifenesin .....	157
probiotic digestive system sup .....	156	psoriasis .....	157
probiotic pearls .....	156	psoriasis medicated .....	157
probiotic-digestive enzymes .....	156	psoriatar .....	157
probizen .....	157	psyllium husk .....	157
prochlorperazine .....	66	psyllium husk (with sugar) .....	157
prochlorperazine edisylate .....	66	PULMOZYME .....	93
prochlorperazine maleate .....	66	pure and gentle (mineral oil) .....	157
procto-med hc .....	30	pure and gentle (saline) .....	157
PROCTOFOAM .....	157	PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....	52
proctosol hc .....	30	purelax .....	157
proctozone-hc .....	30	purevit dualfe plus .....	157
profola .....	157	PURIXAN .....	74
progesterone .....	37	pyrazinamide .....	68
progesterone micronized .....	37	pyridostigmine bromide .....	18
PROGRAF .....	45	pyridoxine (vitamin b6) .....	157
PROLIA .....	25	pyrilamine-dextromethorphan .....	157

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

pyrimethamine .....	77	refenesen dm .....	158
<b>Q</b>			
QINLOCK .....	74	refenesen pe .....	158
QUADRACEL (PF) .....	45	regener-eyes pro .....	158
quetiapine .....	79	reguloid (aspartame) .....	158
quinapril .....	23	reguloid (psyllium husk) .....	158
quinapril-hydrochlorothiazide .....	23	REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO) .....	158
quinidine sulfate .....	23	RELENZA DISKHALER .....	82
quinine sulfate .....	77	remedy antifungal .....	158
quintabs .....	157	remedy phytoplex antifungal .....	158
quintabs-m iron free .....	157	rena-vite .....	158
QULIPTA .....	18	rena-vite rx .....	158
<b>R</b>			
RABAVERT (PF) .....	45	renal caps .....	158
rabeprazole .....	31	renal vitamin .....	158
RALDESY .....	65	renal-vite .....	158
raloxifene .....	37	renewal bath treatment .....	158
ramelteon .....	49	reno caps .....	158
ramipril .....	23	repaglinide .....	91
ranolazine .....	23	REPATHA PUSHTRONEX .....	24
rapid clear treatment pads .....	157	REPATHA SURECLICK .....	24
rasagiline .....	19	REPATHA SYRINGE .....	24
READY-TO-USE ENEMA .....	157	RESCON-GG .....	158
ready-to-use enema (min oil) .....	157	RESPA-AR .....	158
reclipsen (28) .....	37	RETACRIT .....	89
RECOMBIVAX HB (PF) .....	45	retaine allergy .....	158
rectasmoothe .....	157	RETEVMO .....	74
RECTICARE .....	158	RETROVIR .....	82
redness relief .....	158	REVCOVI .....	94
redness reliever eye drops .....	158	REVEAL GET PREGNANT QUICK .....	158
redness reliever lubricant .....	158	REVEAL OVULATION PREDICTOR .....	158
reese's pinworm medicine .....	158	REVEAL OVULATION TEST .....	158
refenesen .....	158	REVEAL PREGNANCY TEST .....	158
		REVUFORJ .....	74
		REXTOVY .....	26

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

REXULTI .....	79	robitussin cough and cold cf .....	159
REYATAZ .....	82	robitussin cough-chest cong dm .....	159
REZDIFFRA .....	52	robitussin cough-sore throat .....	159
REZLIDHIA .....	74	robitussin honey cgh-flu-sore .....	159
RHOPRESSA .....	48	robitussin honey max dm .....	159
RIABNI .....	74	robitussin long-acting .....	159
ribavirin .....	82	robitussin max 12h cough-mucus .....	159
riboflavin (vitamin b2) .....	158	robitussin nighttime cough dm .....	159
rid lice killing .....	158	robitussin sevr cough-cold-flu .....	159
rifabutin .....	68	ROCKLATAN .....	48
rifampin .....	68	roflumilast .....	93
rilpivirine hcl .....	82	rompe pecho max multi symptoms .....	159
riluzole .....	28	ROMVIMZA .....	74
rimantadine .....	82	rondec-d .....	159
ringer's .....	87	ropinirole .....	19
ringworm .....	158	ropivacaine (pf) .....	55
RINVOQ .....	45	rosuvastatin .....	24
RINVOQ LQ .....	45	ROTARIX .....	45
RISA-BID .....	158	ROTATEQ VACCINE .....	45
risacal-d .....	158	roweepra .....	63
risaquad-2 .....	159	ROZLYTREK .....	74
risedronate .....	25	ru-hist d .....	159
RISPERDAL CONSTA .....	79	RUBRACA .....	74
risperidone .....	79	rufinamide .....	63
risperidone microspheres .....	79, 80	RUKOBIA .....	83
ritonavir .....	82	RUXIENCE .....	74
rivaroxaban .....	89	RYBELSUS .....	91
rivastigmine .....	17	RYBREVANT .....	74
rivastigmine tartrate .....	17	RYBREVANT FASPRO .....	74
rizatriptan .....	18	rycontuss .....	159
robafen cf (phenylephrine) .....	159	RYDAPT .....	74
robafen dm .....	159	rydex .....	159
robitussin cold-flu night (pe) .....	159	rynex dm .....	159

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

rynex pe .....	159	selsun blue 2-in-1 .....	160
rynex pse .....	159	selsun blue moisturizing .....	160
<b>S</b>			
sacubitril-valsartan .....	24	selsun blue naturals .....	160
safe tussin dm .....	159	SELZENTRY .....	83
SAFETUSSIN PM .....	159	senexon-s .....	160
sajazir .....	45	senior tabs .....	160
SANDIMMUNE .....	45	senna .....	160
SANDOSTATIN LAR DEPOT .....	41	senna lax .....	160
SANTYL .....	30	senna laxative .....	160
sapropterin .....	94	senna leaf .....	160
SARCLISA .....	74	senna leaf extract .....	160
scalp relief .....	159	senna plus .....	160
scalp relief (hydrocortisone) .....	159	senna-s .....	160
scalpicin anti-itch .....	159	senna-time s .....	160
SCEMBLIX .....	74	sennosides .....	160
scooby-doo one a day .....	159	sennosides-docusate sodium .....	160
scopolamine base .....	66	SENOKOT .....	160
SCOT-TUSSIN DM .....	159	SENOKOT-S .....	160
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT .....	159	sentry .....	160
SCOT-TUSSIN SENIOR .....	159	sentry senior .....	160
SCYTERA .....	159	sertraline .....	65
se-natal 19 chewable .....	87	setlakin .....	37
se-tan plus .....	159	severe allergy .....	160
sebex .....	159	severe allergy-sinus headache .....	160
SECUADO .....	80	severe cold .....	160
secura antifungal extra thick .....	159	severe cold and flu (pe) .....	160
secura protective .....	159	severe cold and flu nighttime .....	160
selegiline hcl .....	19	severe cold and flu(day/night) .....	160
selenium sulfide .....	30	severe cold and flu-day (dm) .....	160
selsun blue .....	160	severe cold multi-symptom .....	160
selsun blue (pyrithione zinc) .....	160	severe cold pe .....	160
selsun blue (salicylic acid) .....	160	severe congestion relief .....	161
		severe cough-congestion .....	161

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

severe sinus	161	SIRTURO	68
shake that ache	161	skin protectant a and d	161
sharobel	37	skin protectant a-d (pet, lan)	161
SHINGRIX (PF)	45	skin protectant petrolatum	161
SIGNIFOR	41	skin success anti-acne	161
sildenafil (pulm.hypertension)	93	skin treatment	161
silodosin	32	skintegri skin	161
silver sulfadiazine	30	SKLICE	161
SIMBRINZA	48	SKYRIZI	45
simethicone	161	slow release iron	162
simliya (28)	37	SLOW-MAG	162
simpesse	38	SMOFLIPID	87
simvastatin	24	smooth antacid	162
sinus 12 hour	161	smooth texture fiber	162
sinus and allergy pe	161	smoothlax	162
sinus and cold-d	161	sodium bicarbonate	87, 162
sinus congestion and pain	161	sodium chloride	52, 87, 162
sinus congestion-pain (ibu-pe)	161	sodium chloride 0.45 %	87
sinus congestion-pain(chlorph)	161	sodium chloride 0.9 %	87
sinus congestion-pain(guaif)	161	sodium chloride 3 % hypertonic	87
sinus daytime-nighttime	161	sodium chloride 5 % hypertonic	87
sinus decongestant (pe)	161	sodium oxybate	49
sinus headache pe	161	sodium phenylbutyrate	94
sinus pain-pressure (pe)	161	sodium phosphate	87
sinus pe decongestant	161	sodium polystyrene sulfonate	87
sinus pe pressure-pain-cold	161	sodium,potassium,mag sulfates	31
sinus pressure-cong relief pe	161	solarhist	162
sinus relief (non-drowsy)	161	solifenacin	32
sinus relief max str day-night	161	SOLQUA 100/33	91
sinus relief pressure and pain	161	SOLTAMOX	74
sinus-headache day-night	161	SOLU-MEDROL	40
sinutrol pe	161	SOLU-MEDROL (PF)	40
sirolimus	45	soluble fiber	162

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite



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

Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

soluvita a,c,d with fluoride .....	162	stavudine .....	83
soluvita multivitamin fluoride .....	162	STELARA .....	45
SOMAVERT .....	41	sterile eye drops .....	162
soothe (bismuth subsalicylate) .....	162	stimulant laxative plus .....	162
soothe and cool skin paste .....	162	STIOLTO RESPIMAT .....	94
soothe regular strength .....	162	STIVARGA .....	74
soothing bath treatment .....	162	stomach relief .....	162, 163
soothing pureway-c .....	162	stomach relief max strength .....	163
sorafenib .....	74	stomach relief original .....	163
sorbitol-mannitol .....	52	stool softener .....	163
sorbugen nr .....	162	stool softener (docusate cal) .....	163
sotalol .....	24	stool softener-laxative .....	163
sotalol af .....	24	stool softener-stimulant laxat .....	163
spectravite adult .....	162	stop lice .....	163
spectravite adult 50 plus .....	162	strawberry c .....	163
spectravite adult 50 plus(lut) .....	162	STRENSIQ .....	95
spectravite advanced formula .....	162	streptomycin .....	60
spectravite men 50 plus .....	162	STRESS B WITH ZINC .....	163
spectravite men's .....	162	stress b-complex .....	163
spectravite women .....	162	STRESS FORMULA .....	163
spectravite women 50 plus .....	162	STRESS FORMULA WITH ZINC .....	163
SPIRIVA RESPIMAT .....	94	STRIBILD .....	83
SPIRIVA WITH HANDIHALER .....	94	STRIVERDI RESPIMAT .....	94
spironolacton-hydrochlorothiaz .....	24	SUBVENITE .....	63
spironolactone .....	24	subvenite starter (blue) kit .....	63
sprintec (28) .....	38	subvenite starter (green) kit .....	63
SPRITAM .....	63	subvenite starter (orange) kit .....	63
SPS (WITH SORBITOL) .....	87	sucrafate .....	31
sronyx .....	38	SUDAFED .....	163
SSD .....	30	SUDAFED 12 HOUR .....	163
st joseph aspirin .....	162	SUDAFED PE .....	163
st. joseph aspirin .....	162	SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU .....	163
stahist t .....	162	SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS .....	163

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

sudafed pe head congestn-pain .....	163	suphedrine pe sinus headache .....	164
SUDAFED PE PRESSURE-PAIN .....	163	support .....	164
sudafed sinus 12hr pressr-pain .....	163	SUPPORT-500 .....	164
sudogest .....	163	SUPRESS DX .....	164
sudogest 12-hour .....	163	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS .....	52
sudogest cold and allergy .....	163	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....	52
SUFLAVE .....	31	surebiotic .....	164
sulfacetamide sodium .....	48, 60	SURFAK .....	164
sulfacetamide sodium (acne) .....	60	SUTAB .....	31
sulfacetamide-prednisolone .....	48	swim ear .....	164
sulfadiazine .....	60	swimmer's instant ear dry .....	164
sulfamethoxazole-trimethoprim .....	60	syeda .....	38
sulfasalazine .....	26	SYMBICORT .....	94
SULFO-LO .....	163	SYMPAZAN .....	63
sulindac .....	54	SYMTUZA .....	83
sumatriptan .....	18	SYNJARDY .....	91
sumatriptan succinate .....	18	SYNJARDY XR .....	91
sunitinib malate .....	74	SYNTHROID .....	40
SUNLENCA .....	83	<b>T</b>	
super b maxi complex .....	163	tab-a-vite .....	164
SUPER B/C .....	163	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON .....	164
super calcium .....	163	TABLOID .....	74
SUPER DAILY D3 .....	163	TABRECTA .....	74
SUPER MULTIVITAMIN .....	163	tacrolimus .....	30, 45
super probiotic .....	163	tadalafil .....	32
super quints .....	163	tadalafil (pulm. hypertension) .....	94
super quints b-50 .....	164	TAFINLAR .....	75
super thera vite m .....	164	TAGAMET HB .....	164
suphedrin .....	164	TAGRISSO .....	75
suphedrine .....	164	TAKE ACTION .....	164
suphedrine 12 hour .....	164	TALICIA .....	31
suphedrine pe cold and allergy .....	164	TALZENNA .....	75
suphedrine pe sinus and allergy .....	164	tamoxifen .....	75

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

tamsulosin .....	32	tetrabenazine .....	28
TANDEM PLUS .....	164	TEVIMBRA .....	75
targeted acne spot treatment .....	164	THALOMID .....	75
tarina 24 fe .....	38	the magic bullet .....	164
tarina fe 1-20 eq (28) .....	38	theophylline .....	94
tarina fe 1/20 (28) .....	38	thera .....	164
taron forte .....	164	thera antifungal .....	164
tasimelteon .....	49	thera tears sterilid .....	164
tazarotene .....	30	thera-d .....	164
taztia xt .....	24	THERA-M .....	164
TAZVERIK .....	75	thera-tabs .....	164
TDVAX .....	45	thera-vite max-m .....	164
TECENTRIQ .....	75	THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY .....	165
TECENTRIQ HYBREZA .....	75	theraflu expressmax cold night .....	165
tecnu rash relief .....	164	theraflu expressmax sv cld-flu .....	165
teeny tummy infant gas relief .....	164	theraflu svr cld rlf dy(pe-dm) .....	165
TEFLARO .....	60	theraflu-d flu relief day .....	165
telmisartan .....	24	theragran-m premier 50 plus .....	165
telmisartan-amlodipine .....	24	theralogix companion .....	165
telmisartan-hydrochlorothiazid .....	24	therapeutic dandruff shampoo .....	165
temazepam .....	49	therapeutic t plus .....	165
TENIVAC (PF) .....	45	therapeutic-m .....	165
tenofovir disoproxil fumarate .....	83	theratrum complete 50 plus-lyc .....	165
tension headache .....	164	theratrum complete 50 plus/lut .....	165
tension headache pain reliever .....	164	theratrum complete with lutein .....	165
TEPMETKO .....	75	THEREMS MULTIVITAMIN .....	165
terazosin .....	24	thiamine hcl (vitamin b1) .....	165
terbinafine hcl .....	67, 164	thiamine mononitrate (vit b1) .....	165
terconazole .....	67	thioridazine .....	80
teriflunomide .....	28	thiothixene .....	80
testosterone .....	38	tiadylt er .....	24
testosterone cypionate .....	38	tiagabine .....	63
testosterone enanthate .....	38	TIBSOVO .....	75

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ticagrelor .....	89	tramadol .....	54
TICOVAC .....	45	trandolapril .....	24
tigecycline .....	60	trandolapril-verapamil .....	24
tilia fe .....	38	tranexamic acid .....	89
timolol .....	48	tranylcypromine .....	65
timolol maleate .....	24, 48	TRAVASOL 10 % .....	88
timolol maleate (pf) .....	48	travel sickness .....	165
TINACTIN .....	165	travel-ease (meclizine) .....	165
tinidazole .....	60	travoprost .....	48
tioconazole .....	165	TRAZIMERA .....	75
tioconazole-1 .....	165	trazodone .....	65
TIVICAY .....	83	TRECTOR .....	68
TIVICAY PD .....	83	TRELEGY ELLIPTA .....	94
tizanidine .....	17	TRELSTAR .....	41
tm-daily vite .....	165	TREMFYA .....	45
tobramycin .....	48	TREMFYA ONE-PRESS .....	45
tobramycin in 0.225 % nacl .....	60	TREMFYA PEN .....	46
tobramycin sulfate .....	60	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN) .....	46
tobramycin-dexamethasone .....	48	TRESIBA FLEXTOUCH U-100 .....	91
toe area treatment antifungal .....	165	TRESIBA FLEXTOUCH U-200 .....	91
tolcycen .....	165	TRESIBA U-100 INSULIN .....	91
tolnafi-al .....	165	tretinoin .....	30
tolnaftate .....	165	tretinoin (antineoplastic) .....	75
tolterodine .....	32	tri-buffered aspirin .....	166
topiramate .....	63	tri-estarylla .....	38
toremifene .....	75	tri-legest fe .....	38
torpenz .....	75	tri-lynyah .....	38
torseamide .....	24	tri-lo-estarylla .....	38
total allergy medicine .....	165	tri-lo-marzia .....	38
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR .....	91	tri-lo-mili .....	38
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN .....	91	tri-lo-sprintec .....	38
TPN ELECTROLYTES .....	87	tri-mili .....	38
TRADJENTA .....	91	tri-sprintec (28) .....	38

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

TRI-VI-SOL .....	166	TRISPEC DMX .....	166
tri-vitamin with fluoride .....	166	TRISPEC PSE .....	166
tri-vite with fluoride .....	166	tritolnácide s .....	166
tri-vylibra .....	38	TRIUMEQ .....	83
tri-vylibra lo .....	38	TRIUMEQ PD .....	83
triacetin .....	166	trivora (28) .....	38
triamcinolone acetónide .....	28, 40	TROGARZO .....	83
triamterene .....	24	TROJAN BARESKIN .....	166
triamterene-hydrochlorothiazid .....	24	TROJAN EXTENDED PLEASURE .....	166
tricon .....	166	TROJAN MAGNUM CONDOMS .....	166
triderm .....	40	TROJAN PLEASURE PACK .....	166
trientine .....	88	TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM .....	166
trifluoperazine .....	80	TROJAN ULTRA THIN .....	166
trifluridine .....	48	TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL .....	166
trigels-f forte .....	166	TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS .....	166
trihexyphenidyl .....	19	TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS .....	166
TRIJARDY XR .....	91	TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS .....	166
TRIKAFTA .....	94	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS .....	166
trimazole .....	166	TRONVITE .....	166
trimethoprim .....	60	TROPHAMINE 10 % .....	88
trimipramine .....	65	trosipium .....	32
trinatal rx 1 .....	88	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS .....	52
TRINTELLIX .....	65	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS .....	52
tripenicol s .....	166	TRUE COVER CONDOM .....	167
triphrocaps .....	166	true multivitamin .....	167
TRIPLE ANTIBIOTIC .....	166	truelyte advanced hydration .....	167
triple antibiotic plus .....	166	TRULICITY .....	91
triple antibiotic spray .....	166	TRUMENBA .....	46
triple antibiotic-pain relief .....	166	TRUQAP .....	75
triple magnesium complex .....	166	TRUSTEX LATEX CONDOM .....	167
triple paste .....	166	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS .....	167
triple paste af .....	166	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS .....	167
triprolidine hcl .....	166	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE .....	167

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS .....	167	tussin dm cough and chest .....	168
TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS .....	167	tussin dm day-night .....	168
tucks (witch hazel) .....	167	tussin dm max .....	168
TUKYSA .....	75	tussin mucus-chest congestion .....	168
tulana .....	38	tussin nighttime cough dm .....	168
TUMS .....	167	tusslin .....	168
tums dual action (famotidine) .....	167	TUXARIN ER .....	168
TUMS E-X .....	167	TWINRIX (PF) .....	46
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES .....	167	TYBOST .....	83
TUMS FRESHERS .....	167	TYENNE .....	46
tums ultra .....	167	TYENNE AUTOINJECTOR .....	46
tums-gas relief (calc-simeth) .....	167	TYLENOL .....	168
TURALIO .....	75	TYLENOL 8 HOUR .....	168
turqoz (28) .....	38	TYLENOL ARTHRITIS PAIN .....	168
tusicof .....	167	TYLENOL COLD AND FLU SEVERE .....	168
tusnel diabetic .....	167	TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR .....	168
tusnel dm .....	167	tylenol cold-flu multi-act day .....	168
tusnel dm pediatric(phenyleph) .....	167	TYLENOL EXTRA STRENGTH .....	168
TUSNEL NEW FORMULA .....	167	tylenol pm extra strength .....	168
TUSNEL PEDIATRIC .....	167	TYLENOL SINUS HEADACHE .....	168
tusnel-ex .....	167	TYLENOL SINUS SEVERE .....	168
tussi pres-b .....	167	TYMLOS .....	25
tussi-pres .....	167	TYPHIM VI .....	46
TUSSI-PRES PEDIATRIC .....	167	tyr cooler .....	168
tussin .....	167		
tussin cf (pe-dm-guaif) .....	167		
tussin cf cough-cold .....	167		
tussin cf max .....	167		
tussin cf max severe m-s cold .....	167		
tussin chest congestion .....	167		
tussin cough-chest congestion .....	168		
tussin dm .....	168		
tussin dm clear .....	168		
		<b>U</b>	
		UBRELVY .....	18
		UDENYCA .....	89
		UDENYCA AUTOINJECTOR .....	89
		UDENYCA ONBODY .....	89
		ULTILET ALCOHOL SWAB .....	52
		ultra a-d .....	168
		ultra mide 25 .....	168
		ultra pesticide free lice .....	168

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ultra strength antacid .....	168	vancomycin in 0.9 % sodium chl .....	60
ultra tuss safe .....	168	vancomycin in dextrose 5 % .....	60
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) .....	52	vancomycin-diluent combo no.1 .....	60
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE .....	52	VANFLYTA .....	75
ULTRA-FINE PEN NEEDLE .....	52	vanicream hc .....	169
UNITHROID .....	40	vanicream z-bar .....	169
UNITUXIN .....	75	vanquish .....	169
UPTRAVI .....	94	VAQTA (PF) .....	46
urea .....	168	varenicline tartrate .....	26
UREACIN-10 .....	168	VARIVAX (PF) .....	46
UREACIN-20 .....	168	VASCEPA .....	24, 25
urinary pain relief .....	169	VASELINE .....	169
uristat ultra .....	169	VAXCHORA VACCINE .....	46
uro-pain .....	169	vcf contraceptive gel .....	169
ursodiol .....	31, 32	VECTIBIX .....	75
USTEKINUMAB .....	46	vegetable lax-stool softener .....	169
<b>V</b>			
v-c forte .....	169	vegetable laxative .....	169
valacyclovir .....	83	velivet triphasic regimen (28) .....	38
VALCHLOR .....	75	VEMLIDY .....	83
valganciclovir .....	83	VENCLEXTA .....	75
valihist .....	169	VENCLEXTA STARTING PACK .....	75
valproate sodium .....	63	venlafaxine .....	65
valproic acid .....	63	VENTOLIN HFA .....	94
valproic acid (as sodium salt) .....	63	verapamil .....	25
valrubicin .....	75	VERQUOVO .....	25
valsartan .....	24	VERSACLOZ .....	80
valsartan-hydrochlorothiazide .....	24	verticalm .....	169
VALTOCO .....	63	VERZENIO .....	76
valtya .....	38	vestura (28) .....	38
VANACOF .....	169	vic-forte .....	169
VANACOF DM .....	169	vicks dayquil cold-flu relief .....	169
vancomycin .....	60	vicks dayquil severe cold-flu .....	169
		VICKS NYQUIL COLD AND FLU .....	169

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

vicks nyquil cold/flu liquicap .....	169	vitajoy daily d .....	170
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF .....	169	vitalee .....	170
vicks nyquil severe cold-flu .....	169	vitalets .....	170
vienva .....	38	VITAMEDMD ONE RX .....	170
vigabatrín .....	63	vitamin a .....	170
vigadrone .....	63	vitamin a acetate .....	170
VIGAFYDE .....	63	vitamin a and d .....	170
vigpoder .....	63	vitamin a and d diaper rash .....	170
vilazodone .....	65	vitamin a palmitate .....	170
VIMKUNYA .....	46	vitamin a palmitate-vitamin d2 .....	170
viorele (28) .....	38	vitamin b complex .....	170
VIRACEPT .....	83	vitamin b complex-folic acid .....	170
VIREAD .....	83	vitamin b-1 .....	170
virt-caps .....	169	vitamin b-1 (mononitrate) .....	170
visine .....	169	vitamin b-12 .....	170
visine red eye hydrating cmfrt .....	169	vitamin b-2 .....	170
vision .....	169	vitamin b-6 .....	170, 171
vision formula (with lutein) .....	169	vitamin b12-folic acid .....	171
vision formula(a-c-e-zn-se-cu) .....	169	vitamin c .....	171
vision plus lutein .....	169	vitamin c (ascorbate calcium) .....	171
vista gonio .....	169	vitamin c drops .....	171
vit 3 .....	169	vitamin c fizzy drink .....	171
vit a palmitate-beta carotene .....	169	vitamin c powder blend .....	171
vit a palmitate-vit c-vit d3 .....	169	vitamin c with rose hips .....	171
vit b comp-folic-choline-inosi .....	169, 170	vitamin d2-vitamin k1 .....	171
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins) .....	170	vitamin d3 .....	171
vit c-echinacea purpurea xt .....	170	vitamin d3-vitamin k2 .....	171
vita-c .....	170	vitamin e .....	171
VITACEL (WITH LUTEIN) .....	170	vitamin e (dl, acetate) .....	171
vitafusion women's multi .....	170	vitamin e acetate .....	171
vitajoy adult multi .....	170	vitamin e mixed .....	171
vitajoy biotin .....	170	vitamin e succinate .....	172
vitajoy daily c .....	170	vitamin k .....	172

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

vitamin k2	172	wal-dram 2	172
vitamin k2 (mk-4)	172	wal-dryl (diphenhydramine)	172
vitamins a,c,d and fluoride	172	wal-dryl (diphenhydramine-zn)	172
vitamins a-d-e selenium	172	wal-dryl allergy	172
vitamins b complex	172	wal-dryl severe allergy-sinus	172
vitasure	172	wal-dryl-d allergy and sinus	172
VITRAKVI	76	wal-fex d 12 hour	172
VITRON-C	172	wal-fex d 24 hour	172
vitrum 50 plus	172	wal-finate	172
vitrum senior	172	wal-finate-d	172
vits a and d-white pet-lanolin	172	wal-flu cold and sore throat	172
VIVITROL	26	wal-flu day-night cold-cough	172
VIVOTIF	46	wal-flu night severe cold	172
VIZIMPRO	76	wal-flu night time	173
VOCABRIA	83	wal-flu severe cold and cough	173
volnea (28)	38	wal-flu severe cold-cough	173
VONJO	76	wal-itin d	173
VORANIGO	76	wal-itin d 12 hour	173
voriconazole	67, 68	wal-mucil fiber	173
voriconazole-hpbccl	68	wal-mucil fiber (aspartame)	173
VOSEVI	83	wal-mucil fiber (sugar)	173
votrizal	172	wal-mucil natural fiber lax	173
VOWST	32	wal-mucil with calcium	173
VRAYLAR	80	wal-nadol pm	173
vyfemla (28)	38	wal-phed	173
vylibra	38	wal-phed 12 hour	173
VYLOY	76	wal-phed d	173
VYVGART	18	wal-phed pe	173
VYVGART HYTRULO	18	wal-phed pe cold-cough	173
VYZULTA	48	wal-phed pe day-night	173
		wal-phed pe nighttime cold	173
		wal-phed pe pressure+pain+cold	173
		wal-phed pe severe cold	173

**W**

wal-act d cold and allergy	172		
wal-dram	172		

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.



XCOPRI .....	63	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR .....	92
XCOPRI MAINTENANCE PACK .....	64	ZEGALOGUE SYRINGE .....	92
XCOPRI TITRATION PACK .....	64	ZEJULA .....	76
XDEMVI .....	52	ZELAC .....	175
xelria fe .....	39	ZELBORAF .....	76
XERMELO .....	32	zeldana .....	175
XGEVA .....	25	ZEMAIRA .....	95
XIFAXAN .....	32	zenatane .....	30
XIGDUO XR .....	91	zenoptiq gel .....	175
XOLAIR .....	46	zenoptiq spray .....	175
XOSPATA .....	76	ZENPEP .....	95
XPOVIO .....	76	zephrex-d .....	175
XTANDI .....	76	zidovudine .....	83
xulane .....	39	zinc oxide .....	175
xvite .....	175	zinc with vitamins a and c .....	175
xyzbac .....	175	ziprasidone hcl .....	80
		ziprasidone mesylate .....	80
	<b>Y</b>	ZIRABEV .....	76
yelets .....	175	ZIRGAN .....	83
YERVOY .....	76	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl .....	25
YESINTEK .....	46	zoledronic acid .....	25
YF-VAX (PF) .....	46	zoledronic acid-mannitol-water .....	25
yogurt plus calcium gummies .....	175	ZOLINZA .....	76
YONDELIS .....	76	zolpidem .....	49
	<b>Z</b>	ZONISADE .....	64
Z-BUM .....	175	zonisamide .....	64
zaditor .....	175	ZORYVE .....	30
zafemy .....	39	zovia 1-35 (28) .....	39
zafirlukast .....	94	ZTALMY .....	64
zaleplon .....	49	ZUBSOLV .....	26
zantac-360 (famotidine) .....	175	zumandimine (28) .....	39
zarah .....	39	ZURNAI .....	26
ZARXIO .....	89	ZURZUVAE .....	65
zeasorb af .....	175		

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

ZYDELIG .....	76
ZYKADIA .....	76
zyncof .....	175
ZYNYZ .....	76
ZYPITAMAG .....	25
ZYPREXA .....	80
ZYPREXA RELPREVV .....	80
ZYRTEC-D .....	175
zyvit .....	175

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [es-www.humana.com/medicaredruglist](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 04/01/2026.

## Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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 សេវាកម្មជាន់ដ្ឋានផ្សេងៗសម្រាប់អ្នកមានការប្រឈមនឹងបញ្ហាភាសា។ ទូរសព្ទទៅលេខ 877-320-1235 (TTY: 711)។**

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

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

**Diné [Navajo]: Saad t'áa' jiik'eh, t'áadoole'é binahjí' bee adahodoonííígíí diné bich'í' anídahazt'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 አማራጭ 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 ìrànጓwọ̀ èdè, àtì ọ̀nà kíkà mírán wà lárọ̀wọ̀tọ̀. Pe 877-320-1235 (TTY: 711).**

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



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 04/01/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los siete días de la semana o visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**.

H1396-001

# Humana®

---

**Si tiene preguntas**, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, los siete días de la semana, del 1 de octubre al 31 de marzo y de lunes a viernes del 1 de abril al 30 de septiembre. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **es-[www.humana.com/medicaredruglist](http://www.humana.com/medicaredruglist)**. Este formulario se actualizó el 04/01/2026.