

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 11

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 05/05/2026.. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, contáctenos al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

Introducción

Este documento se llama *Guía de Medicamentos Cubiertos* (también conocida como *Guía de Medicamentos*). Le indica qué medicamentos, medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) y productos que no son medicamentos están cubiertos por Humana 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 05/05/2026.



A. Descargos de responsabilidad

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

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



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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

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

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

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

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

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

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

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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**.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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

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

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

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

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

Por ejemplo:

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

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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**.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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 muéstrole la lista a su médico u otro profesional que receta. Pueden recetarle otro medicamento de la *Guía de Medicamentos* que sea parecido al que usted quiere utilizar. **O**
 - Pedir a Humana Dual 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**.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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

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

Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

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

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

Solicitar una excepción

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

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

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

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

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

Si decimos que no a su solicitud de excepción

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

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

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

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

Podemos brindarle ayuda

Podemos ayudarles a usted y a su médico a:

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

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

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

Solicitar una excepción

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

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

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

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

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

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

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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

Para obtener más información sobre los tipos de medicamentos, consulte el **Capítulo 5 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](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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 05/05/2026.

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

La *Guía de Medicamentos Cubiertos* le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana 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**.



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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

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

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

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos se indican en cursiva minúscula, los medicamentos de marca, en mayúscula y los medicamentos de venta sin receta y productos que no son medicamentos se indican en minúscula. La información en la columna “Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso”, como superíndices al lado del nombre de un medicamento y como encabezado de categoría indica si Humana 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 05/05/2026.



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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana 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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

Si tiene preguntas, llame a Humana Dual Integrated (HMO D-SNP) al 1-866-432-0001 (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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
methenamine hippurate 1 gram TABLET ^{MO}	3	
metronidazole 0.75 % CREAM ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 % LOTION ^{MO}	4	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL ^{MO}	4	
metronidazole 1 % GEL WITH PUMP ^{MO}	4	
metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	2	
mondoxylene nl 100 mg CAPSULE ^{MO}	2	
moxifloxacin 400 mg TABLET ^{MO}	3	
moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK ^{DL}	5	
neomycin 500 mg TABLET ^{MO}	3	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	4	
oxacillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
oxacillin in dextrose(iso-osm) 2 gram/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g pot in dextrose 2 million unit/50 ml, 3 million unit/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION ^{MO}	4	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION ^{MO}	2	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	2	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION ^{MO}	4	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION ^{MO}	3	
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION ^{MO}	4	
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION ^{DL}	5	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT ^{MO}	3	
sulfacetamide sodium (acne) 10 % SUSPENSION ^{MO}	4	QL(118 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg TABLET ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET ^{MO}	1	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET ^{MO}	1	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	BvsD
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
trimethoprim 100 mg TABLET ^{MO}	2	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 1.75 gram, 10 gram, 2 gram, 5 gram, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
vancomycin 125 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
vancomycin in 0.9 % sodium chl 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin in dextrose 5 % 1 gram/200 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
VANCOMYCIN IN DEXTROSE 5 % 1.25 GRAM/250 ML, 1.5 GRAM/300 ML PIGGYBACK ^{MO}	4	
vancomycin-diluent combo no.1 1 gram/200 ml, 1.25 gram/250 ml, 1.5 gram/300 ml, 1.75 gram/350 ml, 2 gram/400 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	4	
ANTICONVULSIVOS		
brivaracetam 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
brivaracetam 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(600 cada 30 días)
brivaracetam 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	PA
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	3	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
carbamazepine 200 mg TABLET ^{MO}	3	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET ^{DL}	4	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	4	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
levetiracetam 500 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION ^{MO}	4	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
methsuximide 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	4	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET ^{MO}	3	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION ^{MO}	4	
perampanel 0.5 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(680 cada 28 días)
perampanel 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
perampanel 2 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR ^{MO}	4	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET ^{MO}	3	QL(300 cada 30 días)
phenytoin 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	2	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
phenytoin sodium 50 mg/ml SYRINGE ^{MO}	4	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	2	
primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
roweepra 500 mg TABLET ^{MO}	2	
rufinamide 200 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION	5	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	4	
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	1	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SYMPAZAN 5 MG FILM ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
topiramate 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	
topiramate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(480 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
valproic acid 250 mg CAPSULE ^{MO}	2	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION ^{MO}	2	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL ^{DL}	5	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO}	4	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	2	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(1080 cada 30 días)
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
amitriptyline 25 mg TABLET ^{MO}	4	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	1	
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	4	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
escitalopram oxalate 15 mg CAPSULE ^{MO}	4	
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(600 cada 30 días)
EXXUA 18.2 MG (32 TABS) TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK ^{DL}	5	PA
EXXUA 18.2 MG, 36.3 MG, 54.5 MG, 72.6 MG TABLET, ER 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	4	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 10 mg TABLET ^{MO}	2	QL(240 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	3	
fluoxetine 40 mg CAPSULE ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
fluoxetine 60 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MO}	4	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	2	
mirtazapine 45 mg TABLET ^{MO}	2	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	2	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
paroxetine hcl 12.5 mg, 37.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
paroxetine hcl 25 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(90 cada 30 días)
phenelzine 15 mg TABLET ^{MO}	3	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO}	4	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
trazodone 300 mg TABLET ^{MO}	3	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	2	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 365 días)
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 365 días)
ANTIEMÉTICOS		
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	4	BvsD
aprepitant 125 mg CAPSULE	5	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 40 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO}	2	
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	2	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
ondansetron 4 mg, 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	4	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO}	4	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	BvsD
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	4	QL(10 cada 30 días)
ANTIFÚNGICOS		
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION ^{MO}	4	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ciclodan 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL ^{MO}	4	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION ^{MO}	2	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM ^{MO}	2	
clotrimazole 1 % SOLUTION ^{MO}	3	
clotrimazole 10 mg TROCHE ^{MO}	2	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION ^{MO}	4	QL(90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG, 74.5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
fluconazole 150 mg TABLET ^{MO}	2	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO}	3	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{DL}	5	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET ^{MO}	4	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO}	4	
itraconazole 100 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ketoconazole 200 mg TABLET ^{MO}	4	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
miconazole 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK ^{DL}	5	
miconazole in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK ^{DL}	5	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY ^{MO}	3	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
nystatin 100,000 unit/gram CREAM ^{MO}	2	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	2	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION ^{MO}	2	
nystatin 500,000 unit TABLET ^{MO}	3	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM ^{MO}	4	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT ^{MO}	4	
nystop 100,000 unit/gram POWDER ^{MO}	4	
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC ^{DL}	5	PA
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION ^{DL}	5	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET ^{MO}	1	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM ^{MO}	2	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY ^{MO}	4	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(400 cada 30 días)
voriconazole-hpbcd 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ANTIMICOBACTERIANOS		
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	3	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	3	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	1	
isoniazid 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	1	
isoniazid 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	4	
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{MO}	4	
pyrazinamide 500 mg TABLET ^{MO}	4	
rifabutin 150 mg CAPSULE ^{MO}	4	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	3	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA
TRECTOR 250 MG TABLET ^{MO}	4	
ANTINEOPLÁSICOS		
abiraterone 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
abirtega 250 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(120 cada 30 días)
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
anastrozole 1 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
AVMAPKI-FAKZYNJA 0.8-200 MG COMBO PACK ^{DL}	5	PA,QL(66 cada 28 días)
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
azacitidine 100 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
BALVERSA 3 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
bexarotene 1 % GEL ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
bexarotene 75 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
bortezomib 1 mg, 2.5 mg, 3.5 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	PA
bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 160 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(60 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
COTELLIC 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
dasatinib 140 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
dasatinib 20 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
DAURISMO 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ENSACOVE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ENSACOVE 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
exemestane 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	3	BvsD
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 28 días)
<i>gefitinib</i> 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{DL,LA}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG CAPSULE ^{MO}	4	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
GLEOSTINE 40 MG CAPSULE	5	PA
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
HERNEXEOS 60 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>hydroxyurea</i> 500 mg CAPSULE ^{MO}	2	
HYRNUO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
IBTROZI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>imatinib</i> 100 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>imatinib</i> 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, 280 MG TABLET ^{DL}	5	PA
IMBRUVICA 420 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
INLEXZO 225 MG IMPLANT ^{DL}	5	PA
INLURIYO 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ITOVEBI 3 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ITOVEBI 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
IWILFIN 192 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION	5	PA,QL(20 cada 42 días)
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KEYTRUDA QLEX 395 MG-4,800 UNIT/2.4 ML, 790 MG-9,600 UNIT/4.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(91 cada 28 días)
KOMZIFTI 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KOSELUGO 5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(600 cada 30 días)
KOSELUGO 7.5 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
lapatinib 250 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	

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 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 300 MG-5,000 UNIT/2.5 ML, 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 30 días)
ORSERDU 345 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PANRETIN 0.1 % GEL ^{DL}	5	PA
pazopanib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
pazopanib 400 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
pomalidomide 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	
QINLOCK 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(784 cada 365 días)
RYBREVANT FASPRO 1,600 MG-20,000 UNIT/10 ML, 2,240 MG-28,000 UNIT/14 ML, 2,400 MG-30,000 UNIT/15 ML, 3,520 MG-44,000 UNIT/22 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
SCSEMBLIX 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
SCSEMBLIX 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION ^{DL}	5	
sorafenib 200 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{MO}	4	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	2	
TAZVERIK 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(15 cada 21 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 21 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
THALOMID 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
THALOMID 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
TIBSOVO 250 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>toremifene</i> 60 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
<i>torpenz</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
<i>tretinoin (antineoplastic)</i> 10 mg CAPSULE ^{DL}	5	
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>valrubicin</i> 40 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(80 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET	5	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
XALKORI 150 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), 80 MG/WEEK (80 MG X 1) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET ^{DL}	5	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(240 cada 30 días)
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(20 cada 28 días)
ANTIPARASITARIOS		
albendazole 200 mg TABLET ^{MO}	4	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET ^{MO}	4	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	4	
COARTEM 20-120 MG TABLET ^{MO}	4	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	
hydroxychloroquine 200 mg TABLET ^{MO}	2	
IMPAVIDO 50 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(84 cada 28 días)
ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET ^{MO}	3	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET ^{MO}	4	
mefloquine 250 mg TABLET ^{MO}	2	
nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL}	5	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
praziquantel 600 mg TABLET ^{MO}	4	
primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET ^{MO}	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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pyrimethamine 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(90 cada 30 días)
quinine sulfate 324 mg CAPSULE ^{MO}	4	PA,QL(42 cada 7 días)
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE	5	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	5	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	4	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	4	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
clozapine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET ^{MO}	3	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET ^{MO}	3	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET ^{MO}	3	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT TITRATION PACK A 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK B 1 MG(6)-2MG(2)- 6 MG(2)-8 MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)
FANAPT TITRATION PACK C 1 MG(4)-2 MG(2) -6 MG (2) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	4	PA,QL(56 cada 28 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	2	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO}	2	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE	5	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE	5	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	4	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE	5	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE	5	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE	5	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE	5	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET ^{MO}	4	QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	4	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	3	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO}	4	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	4	
quetiapine 100 mg TABLET ^{MO}	2	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
quetiapine 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	4	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	
risperidone microspheres 12.5 mg/2 ml, 25 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{MO}	4	QL(2 cada 28 días)
risperidone microspheres 37.5 mg/2 ml, 50 mg/2 ml SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	3	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	4	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{DL}	4	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA 10 MG RECON SOLUTION ^{MO}	4	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(4 cada 28 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	5	QL(1 cada 28 días)
ANTIVIRALES		
abacavir 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE ^{MO}	2	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	2	
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
adefovir 10 mg TABLET ^{MO}	4	
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER ^{DL}	5	QL(50 cada 365 días)
cidofovir 75 mg/ml SOLUTION ^{DL}	5	
CIMDUO 300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
EDURANT PED 2.5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofov 200-25-300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofov (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	3	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
KALETRA 400-100 MG/5 ML SOLUTION ^{DL}	5	
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	3	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET ^{MO}	4	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET ^{MO}	4	QL(150 cada 30 días)
maraviroc 150 mg TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET ^{MO}	2	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	4	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(224 cada 365 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oseltamivir 45 mg CAPSULE ^{MO}	2	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	4	QL(1440 cada 365 días)
oseltamivir 75 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(112 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL}	5	PA
PREZCOBIX 675-150 MG, 800-150 MG-MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	5	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO}	4	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	4	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	4	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	4	
ribavirin 200 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ribavirin 200 mg TABLET ^{MO}	3	
rilpivirine hcl 25 mg TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
rimantadine 100 mg TABLET ^{MO}	4	
ritonavir 100 mg TABLET ^{MO}	3	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	QL(1800 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION	5	QL(9 cada 365 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 50 MG TABLET ^{DL}	5	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{DL}	5	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	
TYBOST 150 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET ^{MO}	3	
valganciclovir 450 mg TABLET ^{MO}	3	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION ^{DL}	5	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET ^{DL}	5	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP ^{MO}	3	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL ^{MO}	4	QL(5 cada 30 días)
ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS		
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SOLUTION ^{MO}	4	
calcium chloride 100 mg/ml (10 %) SYRINGE ^{MO}	4	
calcium gluconate 100 mg/ml (10%) SOLUTION ^{MO}	2	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE ^{DL}	5	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{DL}	5	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINISOL SF 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
deferasirox 180 mg, 360 mg TABLET ^{MO}	4	PA
deferasirox 90 mg TABLET ^{MO}	3	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 20 % in water (d20w) 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 25 % in water (d25w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 30 % in water (d30w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 40 % in water (d40w) 40 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
dextrose 5 %-lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 50 % in water (d50w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
dextrose 50 % in water (d50w) SYRINGE ^{MO}	2	
dextrose 70 % in water (d70w) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GLYCOPHOS 1 MMOL/ML SOLUTION ^{MO}	1	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE S PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
JYNARQUE 15 MG (AM)/ 15 MG (PM), 30 MG (AM)/ 15 MG (PM), 45 MG (AM)/ 15 MG (PM), 60 MG (AM)/ 30 MG (PM), 90 MG (AM)/ 30 MG (PM) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
JYNARQUE 15 MG, 30 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(120 cada 30 días)
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
kionex 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 10 10 meq TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con 8 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO}	2	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
levocarnitine 330 mg TABLET ^{MO}	4	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION ^{MO}	2	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE ^{MO}	2	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
magnesium sulfate in water 2 gram/50 ml (4 %), 3 gram/100 ml (3 %), 4 gram/100 ml (4 %), 4 gram/50 ml (8 %) PIGGYBACK ^{MO}	2	
magnesium sulfate in water 20 gram/500 ml (4 %), 40 gram/1,000 ml (4 %) PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO}	2	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
one natal rx 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
penicillamine 250 mg TABLET ^{DL}	5	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	
PLENAMINE 15 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
potassium acetate 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	1	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	2	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER ^{MO}	2	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID ^{MO}	4	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER ^{MO}	2	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK ^{MO}	2	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER ^{MO}	3	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	2	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET ^{MO}	4	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	2	
PROSOL 20 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	1	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	2	
SMOFLIPID 20 % EMULSION ^{MO}	4	BvsD
sodium bicarbonate 50 meq/50 ml (8.4 %) SYRINGE ^{MO}	4	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK ^{MO}	2	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	2	
sodium phosphate 3 mmol/ml SOLUTION ^{MO}	4	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram POWDER ^{MO}	3	
sodium polystyrene sulfonate 15 gram/60 ml SUSPENSION ^{MO}	3	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION ^{MO}	3	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION ^{MO}	4	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE ^{DL}	5	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET ^{MO}	2	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	4	BvsD
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	2	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	4	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	2	
PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES		
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE ^{MO}	3	
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	2	
clopidogrel 300 mg TABLET ^{MO}	4	
clopidogrel 75 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
dabigatran etexilate 110 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 0.5 MG, 1.5 MG (0.5 MG X 3), 2 MG (0.5 MG X 4) TABLET FOR SUSPENSION ^{MO}	3	ST,QL(592 cada 30 días)

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 05/05/2026.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(74 cada 30 días)
ELIQUIS SPRINKLE 0.15 MG CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	3	ST,QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE ^{MO}	4	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION ^{MO}	4	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml (1 ml) CARTRIDGE ^{MO}	3	
heparin (porcine) 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 1,000 unit/ml, 5,000 unit/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	3	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml, 5,000 unit/ml SYRINGE ^{MO}	3	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
NIVESTYM 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION ^{MO}	4	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION ^{DL}	5	PA,QL(14 cada 30 días)
rivaroxaban 1 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)
rivaroxaban 2.5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ticagrelor 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	1	
warfarin 5 mg TABLET ^{MO}	1	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO}	3	ST,QL(600 cada 30 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	3	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, 480 MCG/0.8 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA
REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE		
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	1	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	
dapagliflozin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 10-1,000 mg, 10-500 mg, 5-500 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
dapagliflozin-metformin 5-1,000 mg TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION ^{DL}	5	
FARXIGA 10 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
glimepiride 1 mg TABLET ^{MO}	1	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide 2.5 mg TABLET ^{MO}	1	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET ^{MO}	1	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN 500 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,DL}	5	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
INSULIN ASPART U-100 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
linagliptin-metformin 2.5-1,000 mg, 2.5-500 mg, 2.5-850 mg TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	1	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	1	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET ^{MO}	1	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET ^{MO}	1	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE ^{CI,MO}	3	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500 mg, 15-850 mg TABLET ^{MO}	1	QL(90 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	1	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET ^{MO}	3	PA,QL(30 cada 30 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sitagliptin phos-metformin 50-1,000 mg, 50-500 mg TABLET^{MO}</i>	3	QL(60 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{CI,MO}	3	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION ^{CI,MO}	3	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR ^{MO}	3	PA,QL(2 cada 28 días)
XIGDUO XR 10-1,000 MG, 10-500 MG, 5-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
XIGDUO XR 2.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	3	
RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO		
<i>cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET^{MO}</i>	4	
<i>methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET^{MO}</i>	2	
TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES		
<i>acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION^{MO}</i>	4	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(12 cada 30 días)
AIRSUPRA 90-80 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(32.1 cada 30 días)
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION^{MO}</i>	2	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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	4	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	2	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION ^{MO}	2	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(30 cada 25 días)
azelastine 205.5 mcg (0.15 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION ^{MO}	4	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	2	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	4	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE ^{MO}	4	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	3	BvsD
desloratadine 5 mg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION ^{MO}	4	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	3	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION ^{MO}	2	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	3	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION ^{MO}	2	BvsD

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ipratropium bromide 17 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	PA,QL(25.8 cada 30 días)
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	2	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	2	BvsD
levalbuterol tartrate 45 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	4	ST,QL(30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
mometasone 50 mcg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	4	QL(34 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET ^{MO}	4	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET ^{MO}	1	QL(30 cada 30 días)
nintedanib 100 mg, 150 mg CAPSULE ^{DL,LA}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	5	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	5	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	3	PA,QL(360 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{MO}	3	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST ^{MO}	3	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET ^{MO}	4	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO}	4	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	4	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(84 cada 28 días)

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL ^{DL}	5	PA,QL(56 cada 28 días)
UPTRAVI 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(60 cada 30 días)
UPTRAVI 200 MCG (140)- 800 MCG (60) TABLET, DOSE PACK ^{DL}	5	PA,QL(200 cada 30 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	3	QL(36 cada 30 días)
WINREVAIR 120 MG (60 MG X 2), 45 MG, 60 MG, 90 MG (45 MG X 2) KIT ^{DL}	5	PA
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	3	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	4	QL(60 cada 30 días)
TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO		
betaine 1 gram/scoop POWDER ^{DL}	5	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	3	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{MO}	4	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	5	
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	5	PA
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	5	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER ^{DL}	5	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET ^{DL}	5	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	5	PA
WELIREG 40 MG TABLET ^{DL}	5	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	5	PA
ZENPEP 10,000-32,000 -42,000 UNIT, 15,000-47,000 -63,000 UNIT, 20,000-63,000- 84,000 UNIT, 25,000-79,000- 105,000 UNIT, 3,000-10,000 -14,000-UNIT, 40,000-126,000- 168,000 UNIT, 5,000-17,000- 24,000 UNIT, 60,000-189,600- 252,600 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	4	
(*) NO ES UN MEDICAMENTO DE LA PARTE D		
1-day 6.5 % OINTMENT	*	
12 hour decongestant 120 mg TABLET ER	*	
12 hour nasal decongest (pse) 120 mg TABLET ER	*	
2-in-1 laxative 8.6-50 mg TABLET	*	
24hr allergy-congestion relief 180-240 mg TABLET, ER 24 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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alophen (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	*	
altachlore 5 % DROPS	*	
altachlore 5 % OINTMENT	*	
altazine 0.05 % DROPS	*	
altipres 5-10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres pediatric 2.5-5-75 mg/5 ml LIQUID	*	
altipres-b 4-10-20 mg/5 ml LIQUID	*	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	*	
amerigel GEL	*	
aminofen 325 mg TABLET	*	
amlactin 12 % LOTION	*	
amladex 1-5-50 mg TABLET	*	
ammonium lactate 12 % CREAM	*	
ammonium lactate 12 % LOTION	*	
anecream5 5 % CREAM	*	
animal chews CHEWABLE TABLET	*	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 1,000-200 mg, 550-110 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid (calcium carb-mag hyd) 400-135 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid and pain relief 325-1,916-1,000 mg TABLET, EFFERVESCENT	*	
antacid anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid anti-gas (ca carb-sim) 1,000-60 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext (ca carb-mag hyd) 675-135 mg CHEWABLE TABLET	*	
antacid ext (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) 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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	*	
antacid ultra strength 400 mg calcium (1,000 mg), 430 mg calcium (1,000 mg), 470 mg calcium (1,177 mg) CHEWABLE TABLET	*	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
anti-dandruff 1 % SHAMPOO	*	
anti-dandruff with menthol 1 % SHAMPOO	*	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
anti-diarrheal (lope)-anti-gas 2-125 mg TABLET	*	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	*	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	*	
anti-gas ultra strength 180 mg CAPSULE	*	
anti-itch (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
anti-itch (hc) 1 % AEROSOL SPRAY	*	
anti-itch (hc) 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch (hc) 1 % LOTION	*	
anti-itch (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
anti-itch medicated 1-1 % CREAM	*	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	
anti-itch(diphenhyd) with zinc 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
anti-itch(hydrocortisone)-aloe 1 % CREAM	*	
anti-nausea SOLUTION	*	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic (neomy-bacit-polym) 3.5mg-400 unit- 5,000 unit/gram OINTMENT	*	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic plus pain rel(pram) 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/gram CREAM	*	
antibiotic-pain relief (bacit) 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
antifungal 12.5 % LIQUID	*	
antifungal 25 % SOLUTION	*	
antifungal (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
antifungal (miconazole) 2 % 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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcium-vitamin d3-vitamin k 500 mg-1,000 unit-40 mcg, 500 mg-200 unit -40 mcg, 500 mg-500 unit -40 mcg, 650 mg-12.5 mcg-40 mcg CHEWABLE TABLET	*	
caldyphen 1-8 % LOTION	*	
caldyphen clear 1-0.1 % LOTION	*	
caldyphen clear(pram-cmphr-zn) LOTION	*	
CALICYLIC 10 % CREAM	*	
callus remover 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
CALPHRON 667 MG TABLET	*	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG-20 MCG (800 UNIT) TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 40 MG-0.25 MG CHEWABLE TABLET	*	
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS 600 MG-20 MCG- 50 MG-1 MG TABLET	*	
CAPRON DM 7.5-7.5 MG/5 ML LIQUID	*	
CARTIVISC 500-200-150 MG TABLET	*	
casaca sagrada 270 mg CAPSULE	*	
castor oil 100 % OIL	*	
celebrate b-12 quick-melt 1,000-200 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
central-vite 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-50 mcg TABLET	*	
centratex 106 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
centravites 50 plus 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
centravites adults 18 mg iron-400 mcg-25 mcg TABLET	*	
centrum 18-400 mg-mcg TABLET	*	
centrum 9 mg iron/15 ml LIQUID	*	
CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY 120 MCG CHEWABLE TABLET	*	
centrum adult 50 plus 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum complete 18-400 mg-mcg TABLET	*	
CENTRUM MEN 8 MG IRON- 200 MCG-600 MCG TABLET	*	
centrum multigummies men 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum multigummies women 80 mcg CHEWABLE TABLET	*	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
CENTRUM SILVER MEN 300-60-600-300 MCG TABLET	*	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300-60-600-300 MCG TABLET	*	
centrum specialist heart 3-200-400 mg-mcg-mg TABLET	*	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON- 200 MCG-600 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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
cidatine (glucosamine) 500 mg TABLET	*	
cimetidine 200 mg TABLET	*	
citracal + d maximum 315 mg-6.25 mcg (250 unit) TABLET	*	
citracal regular 250 mg-5 mcg (200 unit) TABLET	*	
CITRACAL-D3 GUMMIES 250 MG-12.5 MCG (500 UNIT) CHEWABLE TABLET	*	
CITRACAL-D3 PETITES 200 MG-6.25 MCG (250 UNIT) TABLET	*	
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE 600 MG-12.5 MCG (500 UNIT) TABLET ER	*	
citrate of magnesia SOLUTION	*	
CITROMA SOLUTION	*	
citrucel 500 mg TABLET	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
clínere ear wax removal 6.5 % DROPS	*	
clotrimazole 1 % CREAM	*	
clotrimazole 1 % SOLUTION	*	
clotrimazole 3 day 2 % CREAM	*	
clotrimazole af 1 % CREAM	*	
clotrimazole-3 2 % CREAM	*	
clotrimazole-7 1 % CREAM	*	
cocoa butter petroleum OINTMENT	*	
cod liver oil CAPSULE	*	
cod liver oil OIL	*	
codeine-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
coditussin ac 10-200 mg/5 ml LIQUID	*	
col-rite 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
cola (syrup) SYRUP	*	
COLACE 100 MG CAPSULE	*	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	*	
cold and cough elixir 1-2.5-5 mg/5 ml SOLUTION	*	
cold and flu hbp 2-325 mg TABLET	*	
cold and flu relief plus (d/n) 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
cold and flu relief(diphen-pe) 12.5-5-325 mg/10 ml LIQUID	*	
cold and flu severe 5-10-325-200 mg TABLET	*	
cold and sinus pain relief 30-200 mg TABLET	*	
cold head congest(gg-pe-acetm) 5-325-200 mg TABLET	*	
cold head congestion day/nite 2-5-10-325 mg TABLET, SEQUENTIAL	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,000 mcg/ml SOLUTION</i>	1	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 1,500 mcg, 2,500 mcg, 5,000 mcg, 500 mcg CHEWABLE TABLET	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 3,000 mcg/ml, 5,000 mcg/ml DROPS	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg TABLET, IR/ER, BIPHASIC	*	
cyanocobalamin (vitamin b-12) 5,000 mcg, 500 mcg TABLET, DISINTEGRATING	*	
<i>cyanocobalamin (vitamin b-12) 500 mcg/spray SPRAY, NON-AEROSOL</i>	*	
cyanocobalamin-cobamamide 5,000-100 mcg SUBLINGUAL TABLET	*	
cyanocobalamin-methylcobalamin 5,000 mcg/ml DROPS	*	
d-vi-sol 10 mcg/ml (400 unit/ml) DROPS	*	
d3 dots 50 mcg (2,000 unit) TABLET	*	
d3-2000 50 mcg (2,000 unit) CAPSULE	*	
d3-5000 125 mcg (5,000 unit) CAPSULE	*	
daily acne wash 2 % CLEANSER	*	
daily face wash 2 % CLEANSER	*	
daily fiber 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
daily fiber (psyllium-aspart) 3 gram, 3.4 gram POWDER IN PACKET	*	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3 gram/7 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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-aloë) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo (selenium) 1 % SHAMPOO	*	
dandruff shampoo/conditioner 1 % SHAMPOO	*	
day multi-symp flu-severe cold 10-20-500 mg POWDER IN PACKET	*	
day-cold night-cold-flu(doxyl) 6.25-5-10-325 mg (nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
day-night severe cold-flu 25-10-20-650 mg/30 ml LIQUID, SEQUENTIAL	*	
day-nite severe cold-flu 6.25-5-10-325 mg (nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
dayhist allergy 1.34 mg TABLET	*	
daylogic acne foaming wash 10 % CLEANSER	*	
daylogic acne treatment 10 % GEL	*	
daylogic advanced healing 41 % OINTMENT	*	
daytime cold and cough 1,000-30 mg/30 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg CAPSULE	*	
daytime cold-flu relief (pe) 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
daytime max cold-flu 5-10-325-200 mg CAPSULE	*	
daytime-cold nighttime-cld-flu 10 mg-650 mg/20 ml (day-night) LIQUID, SEQUENTIAL	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
dermacinrx probisol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitran 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx probitrol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermacinrx promerol 31 billion cell CAPSULE	*	
dermafungal 2 % CREAM	*	
DERMAPHOR 44 % OINTMENT	*	
dermarest eczema (hydrocort) 1 % LOTION	*	
dermarest psoriasis medicated 3 % SHAMPOO	*	
dermazinc 2 % BAR	*	
dermazinc shampoo 2 % SHAMPOO	*	
DERMAZINC SPRAY 0.25 % SPRAY, NON-AEROSOL	*	
desenex 2 % CREAM	*	
desenex 2 % POWDER	*	
DESGEN 2.5-5-50 MG/ML DROPS	*	
desgen dm 5-10-100 mg/5 ml LIQUID	*	

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dimetapp cold-congestion 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
DIMETAPP DM COLD-COUGH (PE) 1-2.5-5 MG/5 ML SOLUTION	*	
diotame 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphen 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg CHEWABLE TABLET	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml ELIXIR	*	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	*	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	*	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	*	
dm max 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
DOAN'S EXTRA STRENGTH 580 (467) MG TABLET	*	
docosanol 10 % CREAM	*	
docuprene 100 mg TABLET	*	
docusate calcium 240 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 100 mg TABLET	*	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	*	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	*	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	*	
docusate sodium 60 mg/15 ml SYRUP	*	
docuzen 8.6-50 mg TABLET	*	
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	*	

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dramamine (meclizine) 25 mg TABLET	*	
dramamine less drowsy 25 mg TABLET	*	
drimate 50 mg TABLET	*	
dripdrop 700-410-150 mg POWDER IN PACKET	*	
DRISTAN COLD 2-5-325 MG TABLET	*	
dual action complete 10-800-165 mg CHEWABLE TABLET	*	
dual action freeze away wart 17 % KIT	*	
dual action pain reliever 125-250 mg TABLET	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG SUPPOSITORY	*	
DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DR/EC	*	
dulcolax (magnesium hydroxide) 400 mg/5 ml SUSPENSION	*	
dulcolax stool softener (dss) 100 mg CAPSULE	*	
duofilm 17 % LIQUID	*	
duragel callus removers 40 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED	*	
DUREX AIR CONDOM DEVICE	*	
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL MISCELLANEOUS	*	
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM DEVICE	*	
DUREX TROPICAL CONDOM DEVICE	*	
e-200 90 mg (200 unit) CAPSULE	*	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % DROPS	*	
ear drops for swimmers 95-5 % DROPS	*	
ear dry 95-5 % DROPS	*	
ear wax removal drops 6.5 % DROPS	*	
ear wax removal kit 6.5 % DROPS	*	
ear wax removal system 6.5 % COMBO PACK	*	
EARLY PREGNANCY TEST KIT	*	
EARLY RESULT PREGNANCY TEST KIT	*	
easy fiber 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
easy fiber (wheat dextrin) 1 gram-100 mg calcium CHEWABLE TABLET	*	
eazze the pain 25-500 mg TABLET	*	
econtra ez 1.5 mg TABLET	*	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	*	
ECOTRIN 325 MG TABLET, DR/EC	*	
ecotrin low strength 81 mg TABLET, DR/EC	*	
eczema 1 % LOTION	*	
eczema care 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-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
essence c 1,000 mg POWDER EFFERVESCENT IN PACKET	*	
essentia 18-400 mg-mcg TABLET	*	
eucerin baby eczema relief 1 % CREAM	*	
eucerin eczema relief 1 % CREAM	*	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg TABLET	*	
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250-250-65 MG TABLET	*	
EXCEDRIN MIGRAINE 250-250-65 MG TABLET	*	
expectorant 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant 200 mg TABLET	*	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml LIQUID	*	
expectorant dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
expectorant dm 20-300 mg/5 ml LIQUID	*	
extra pain relief 250-250-65 mg TABLET	*	
extra strength bayer 500 mg TABLET	*	
extraprin 250-250-65 mg TABLET	*	
eye allergy itch relief 0.2 % DROPS	*	
eye allergy itch-redness rlf 0.1 % DROPS	*	
eye allergy relief 0.025-0.3 %, 0.02675-0.315 % DROPS	*	
eye drops (tetrahydrozoline) 0.05 % DROPS	*	
eye drops (with povidone) 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops a.c. 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops advanced relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops irritation relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops moisturizing relief 0.05-0.1-1-1 % DROPS	*	
eye drops relief 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydroz-zn sulf) 0.05-0.25 % DROPS	*	
eye drops(tetrahydrozolin-peg) 0.05-1 % DROPS	*	
eye health plus lutein 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) DROPS	*	
eye multivitamin 2,148 mcg-113 mg-45 mg-17.4mg TABLET	*	
ezfe 200 200 mg iron CAPSULE	*	
fa-8 0.8 mg CAPSULE	*	
famotidine 10 mg, 20 mg TABLET	*	
FANTASY CONDOM DEVICE	*	
fast mucus relief severe cold 5-10-325-200 mg TABLET	*	
FC2 FEMALE CONDOM MISCELLANEOUS	*	
fe c 100-250 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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fe c plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
fe-vite 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
fenesin dm ir 20-400 mg TABLET	*	
fenesin ir 400 mg TABLET	*	
fenesin pe ir 10-400 mg TABLET	*	
feosol 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML DROPS	*	
ferate 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
fergon 225 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron) TABLET	*	
ferosul 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferrex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 forte plus 150-60-25-1 mg-mg-mcg-mg CAPSULE	*	
ferrex 150 plus 150-50-50 mg CAPSULE	*	
ferrex 28 151-200-1-0.8 mg TABLET	*	
ferric glycinate 18 mg iron/15 ml LIQUID	*	
ferric x-150 150 mg iron CAPSULE	*	
ferro-sequels (iron-vit c) 200 mg (65 mg iron)-25 mg TABLET ER	*	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
ferrocite 324 mg (106 mg iron) TABLET	*	
ferrous fumarate 324 mg (106 mg iron), 89 mg (29 mg iron) TABLET	*	
ferrous gluconate 18 mg iron CAPSULE	*	
ferrous gluconate 236 mg (27 mg iron), 240 mg (27 mg iron), 256 mg (28 mg iron), 324 mg (37.5 mg iron), 324 mg (38 mg iron) TABLET	*	
ferrous sulfate 142 mg (45 mg iron) TABLET ER	*	
ferrous sulfate 15 mg iron (75 mg)/ml DROPS	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml ELIXIR	*	
ferrous sulfate 220 mg (44 mg iron)/5 ml SOLUTION	*	
ferrous sulfate 300 mg (60 mg iron)/5 ml LIQUID	*	
ferrous sulfate 324 mg (65 mg iron), 325 mg (65 mg iron) TABLET, DR/EC	*	
ferrous sulfate 325 mg (65 mg iron) TABLET	*	
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.	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	*	
fiber (dextrin) 3 gram/3.5 gram POWDER	*	
fiber (dextrin) 3 gram/4 gram POWDER IN PACKET	*	
fiber (psyllium husk) 0.4 gram, 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber (psyllium husk-sugar) 3 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram POWDER	*	
fiber (with aspartame) 3 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram POWDER	*	
fiber delights 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies 1.7 gram, 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with b-complex) 2.5 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber gummies (with chromium) 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	*	
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	*	
fiber select gummies 2-100 gram-mcg CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement (inulin) 2 gram CHEWABLE TABLET	*	
fiber supplement(wheatdextrin) 3 gram/3.8 gram POWDER	*	
fiber therapy (ca polycarboph) 625 mg TABLET	*	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	*	
fiber therapy (psyllium-sucro) 3 gram/12 gram, 3 gram/7 gram POWDER	*	
fiber therapy laxative (husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber therapy(psyl seed-sugar) POWDER	*	
fiber with probiotic 4 g-500 million cell/6 gram POWDER	*	
fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram CAPSULE	*	
fiber-lax 625 mg TABLET	*	
FIBER-STAT 15 GRAM/30 ML LIQUID	*	
fiber-tabs 625 mg TABLET	*	
FIBERCON 625 MG TABLET	*	
fiberex f15 15 gram/30 ml LIQUID	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
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	*	
<i>folic acid 1 mg TABLET</i>	1	
folic acid 1 mg, 400 mcg, 800 mcg TABLET	*	
<i>folic acid 5 mg/ml SOLUTION</i>	1	
folic acid-vit b6-vit b12 0.5-5-0.2 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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
folic d3 94.38 mcg(3,775 unit)-1 mg CAPSULE	*	
folitab 105 mg iron- 500 mg-800 mcg TABLET ER	*	
folivane-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
folivane-plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
folplex 2.2 2.2-25-0.5 mg TABLET	*	
foltabs 800 0.8-10-115 mg-mg-mcg TABLET	*	
foltanx 2-3-35 mg TABLET	*	
foltanx rf 3 mg-35 mg-2 mg -90.314 mg CAPSULE	*	
FOLTRATE 0.5-1 MG TABLET	*	
FOLTX 2-1.13-25 MG TABLET	*	
folvite-d 94 mcg- 1 mg TABLET	*	
foot and sneaker 1 % AEROSOL POWDER	*	
formula 3 1 % SOLUTION	*	
fruit c 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
fruit c-500 500 mg CHEWABLE TABLET	*	
full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET	*	
fungi-nail 25 % SOLUTION	*	
fungi-nail (tolnaftate) 1 % SOLUTION	*	
FUNGOID TINCTURE 2 % TINCTURE	*	
g tussin ac 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
g-fenesin 400 mg TABLET	*	
g-fenesin dm 20-400 mg TABLET	*	
G-SUPPRESS 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	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
healthy eyes 300 mcg-200 mg-27 mg-2 mg TABLET	*	
healthy eyes supervision 4,296 mcg-226 mg-90 mg CAPSULE	*	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg TABLET	*	
heartburn relief 160-105 mg CHEWABLE TABLET	*	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	*	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg TABLET	*	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg TABLET	*	
hematinic plus vit/minerals 106 mg iron- 1 mg TABLET	*	
hematinic/folic acid 324 mg (106 mg iron)-1 mg TABLET	*	
hematogen fa 200-250-0.01-1 mg CAPSULE	*	
hematogen forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
HEMOCYTE-PLUS 106 MG IRON- 1 MG CAPSULE	*	
hemorrhoid OINTMENT	*	
hemorrhoidal OINTMENT	*	
hemorrhoidal 0.25-3 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal 0.25-3-12 % CREAM	*	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25-88.44 % SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal cooling 0.25-50 % GEL	*	
hemorrhoidal cream 0.25-1 % CREAM	*	
hemorrhoidal h SUPPOSITORY	*	
hemorrhoidal hygiene 50 % PADS, MEDICATED	*	
hemorrhoidal relief 5 % CREAM	*	
hemorrhoidal(pe-min oil-petro) 0.25-14-74.9 % OINTMENT	*	
her style 1.5 mg TABLET	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HYCODAN (WITH HOMATROPINE) 5-1.5 MG TABLET	*	
hydralyte PACKET	*	
hydralyte SOLUTION	*	
hydrating electrolyte PACKET	*	
hydrocodone-chlorpheniramine 10-8 mg/5 ml SUSPENSION, ER 12 HR.	*	
hydrocortisone 0.5 % CREAM	*	
hydrocortisone 0.5 % OINTMENT	*	
hydrocortisone 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone 1 % LOTION	*	
hydrocortisone 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone acetate 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocortisone acetate 1 % CREAM IN PACKET	*	
hydrocortisone acetate 1 % OINTMENT	*	
hydrocortisone plus 1 % CREAM	*	
hydrocortisone-aloe vera 0.5 %, 1 % CREAM	*	
hydrocream 1 % CREAM	*	QL(240 cada 30 días)
hydrolatum OINTMENT	*	
hydromet 5-1.5 mg/5 ml SOLUTION	*	
HYDROPHILIC PETROLATUM OINTMENT	*	
HYDROPHOR 42 % OINTMENT	*	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml SOLUTION	*	
hylavite 1 mg TABLET	*	
i-prin 200 mg TABLET	*	
I-VITE 300 MCG-200 MG-27 MG-2 MG TABLET	*	
ibu-200 200 mg TABLET	*	
ibuprofen 100 mg CHEWABLE TABLET	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ICAR 15 MG/1.25 ML SUSPENSION	*	
ICAR-C 100-250 MG TABLET	*	
ICAR-C PLUS 100-250-25-1 MG-MG-MCG-MG TABLET	*	
iferex 150 150 mg iron CAPSULE	*	
iferex 150 forte 150-25-1 mg-mcg-mg CAPSULE	*	
igualtuss 10-28-388 mg/5 ml LIQUID	*	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML LIQUID	*	
IMODIUM A-D 2 MG CAPSULE	*	
IMODIUM A-D 2 MG TABLET	*	
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF 2-125 MG TABLET	*	
infant fever reducer-pain relf 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
INFANT'S ADVIL 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
infant's ibuprofen 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML DROPS, SUSPENSION	*	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML SUSPENSION	*	
infant-toddler multivit 250 mcg-50 mg- 10 mcg/ml DROPS	*	
infant-toddler multivit-iron 11 mg iron/ml DROPS	*	
infant-toddler multivitamin 250 mcg-50 mg- 10 mcg-5 mg/ml DROPS	*	
infants gas relief 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants profenib 50 mg/1.25 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants simethicone 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' mylicon 40 mg/0.6 ml DROPS, SUSPENSION	*	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
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 sulfat) 325 mg (65 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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
iron 100 plus 100-250-25-1 mg-mg-mcg-mg TABLET	*	
iron bisglycinate chelate 28 mg iron, 29 mg iron CAPSULE	*	
iron chews 15 mg CHEWABLE TABLET	*	
iron folate plus 125 mg iron- 1 mg CAPSULE	*	
iron folate-f 125-1-40-3 mg CAPSULE	*	
iron,carbonyl-vitamin c 100-250 mg TABLET	*	
is-d-10,000 250 mcg (10,000 unit) CAPSULE	*	
itch relief 1-0.1 %, 2-0.1 % CREAM	*	
itch relief 2-0.1 % AEROSOL SPRAY	*	
itch relief (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
itch relief (diphenhydramine) 2 % GEL	*	
itch relief (hc) 1 % OINTMENT	*	QL(240 cada 30 días)
itch relief (hc) with aloe 1 % CREAM	*	
itch relief (pramoxine-zinc) 1-0.1 % LOTION	*	
itch stopping(diphenhydramine) 2 % GEL	*	
ivermectin 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)
jock itch 1 % AEROSOL POWDER	*	
jock itch (clotrimazole) 1 % CREAM	*	
jock itch (terbinafine) 1 % CREAM	*	
jr. strength pain reliever 160 mg TABLET, DISINTEGRATING	*	
julie 1.5 mg TABLET	*	
k-pax immune support 2.25 mg iron- 100 mcg TABLET	*	
k-pec antidiarrheal (bism sub) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
k2 plus d3 1,000-100 unit-mcg TABLET	*	
KAOPECTATE (BISMUTH SUBSALICY) 262 MG TABLET	*	
kaopectate (bismuth subsalicy) 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml SUSPENSION	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KIMONO TEXTURED CONDOMS DEVICE	*	
KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS DEVICE	*	
kinderlyte PACKET	*	
kinderlyte SOLUTION	*	
kindermed infants pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kindermed kid night cold-cough 6.25-2.5 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids cough-congest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
kindermed kids pain-fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	*	
kobee 0.4 mg TABLET	*	
konsyl (sugar) 3 gram/12 gram POWDER	*	
KONSYL DAILY FIBER (STEVIA) 3.5 GRAM POWDER IN PACKET	*	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM POWDER IN PACKET	*	
l-methyl-mc 6-5-50-1 mg TABLET	*	
l-methylfolate forte 15-90.314 mg, 7.5-90.314 mg CAPSULE	*	
l. acidophilus-b. coagulans 35 million- 25 million cell TABLET	*	
l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm 175 mg CAPSULE	*	
l.acidophilus-bifido.longum 15 mg (1 billion cell), 16 mg CAPSULE, DR/EC	*	
lactobac acidoph-fructooligos 500 million cell-50 mg TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l. bifid 1 billion cell WAFER	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 1 million cell TABLET	*	
lactobacillus acidoph-l.bulgar 100 million cell GRANULES IN PACKET	*	
lactobacillus acidophilus 0.5 mg (100 million cell), 1 billion cell, 2 billion cell TABLET	*	
lactobacillus acidophilus 1 mg WAFER	*	
lactobacillus acidophilus 100 mg (1 billion cell), 25 million cell, 500 million cell CAPSULE	*	
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	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 pyrinyl shampoo 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice solution 4-0.33-0.5 % KIT	*	
lice treatment 0.33-4 % SHAMPOO	*	
lice treatment 1 % LIQUID	*	
lice treatment (permethrin) 1 % LIQUID	*	
lice-bedbug-mite bedding 0.5 % AEROSOL SPRAY	*	
lidocaine 5 % CREAM	*	
lintera 10 % CLEANSER	*	
LIP TREATMENT GEL	*	
liquibid d-r 10-400 mg TABLET	*	
liquid antacid 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	*	
liquid b-12 1,000 mcg/15 ml LIQUID	*	
liquid c 500 mg/5 ml LIQUID	*	
liquid calcium with vitamin d 600 mg-5 mcg (200 unit) CAPSULE	*	
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	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
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-pyrid) 500-25-15 mg TABLET	*	
MERIBIN 5 MG CAPSULE	*	
META APPETITE CTRL (ASPARTAME) 3 GRAM/5.8 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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
probizen 32 billion cell CAPSULE	*	
PROCTOFOAM 1 % FOAM	*	
profola 20 mg iron- 1,670 mcg dfe TABLET	*	
PROMELLA 32 BILLION CELL CAPSULE	*	
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	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
severe congestion relief 10-650-400 mg/20 ml LIQUID	*	
severe cough-congestion 2.5-5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
severe sinus 5-325-200 mg TABLET	*	
shake that ache 500 mg TABLET	*	
simethicone 125 mg, 180 mg CAPSULE	*	
simethicone 125 mg, 80 mg CHEWABLE TABLET	*	
sinus 12 hour 120 mg TABLET ER	*	
sinus and allergy pe 4-10 mg TABLET	*	
sinus and cold-d 220-120 mg TABLET, ER 12 HR.	*	
sinus congestion and pain 5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain (ibu-pe) 200-10 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(chlorph) 2-5-325 mg TABLET	*	
sinus congestion-pain(guaif) 5-325-200 mg TABLET	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) CAPSULE, SEQUENTIAL	*	
sinus daytime-nighttime 5-325mg(d)/6.25 -5 mg-325mg(nt) TABLET, SEQUENTIAL	*	
sinus decongestant (pe) 10 mg TABLET	*	
sinus headache pe 5-325 mg TABLET	*	
sinus pain-pressure (pe) 5-325 mg, 5-500 MG TABLET	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
skintegrit skin CREAM	*	
SKLICE 0.5 % LOTION	*	QL(117 cada 30 días)
slow release iron 140 mg (45 mg iron), 142 mg (45 mg iron), 143 mg (45 mg iron), 144 mg (45 mg iron), 160 mg (50 mg iron), 168 mg (50 mg iron), 250 mg (50 mg iron) TABLET ER	*	
SLOW-MAG 71.5 MG TABLET, DR/EC	*	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	*	
smooth texture fiber 3 gram/5.8 gram POWDER	*	
smoothlax 17 gram POWDER IN PACKET	*	
smoothlax 17 gram/dose POWDER	*	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	*	
sodium chloride 5 % DROPS	*	
sodium chloride 5 % OINTMENT	*	
solarhist 1-2 % LOTION	*	
soluble fiber 500 mg TABLET	*	
soluvita a,c,d with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml DROPS	*	
soluvita multivitamin fluoride 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml DROPS	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg CHEWABLE TABLET	*	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg TABLET	*	
soothe and cool skin paste OINTMENT	*	
soothe regular strength 262 mg/15 ml SUSPENSION	*	
soothing bath treatment PACKET	*	
soothing pureway-c 500 mg TABLET	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 (WITH VITAMIN K) 9 MG IRON- 400 MCG-28 MCG TABLET	*	
thera-tabs TABLET	*	
thera-vite max-m 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY 5-10-325 MG TABLET	*	
theraflu expressmax cold day 5-10-325 mg/15 ml LIQUID	*	
theraflu expressmax cold night 12.5-5-325 mg TABLET	*	
theraflu expressmax cold night 25-10-650 mg/30 ml LIQUID	*	
theraflu expressmax sv cld-flu 5-10-325-200 mg/15 ml LIQUID	*	
theraflu svr cld rlf dy(pe-dm) 10-20-650 mg POWDER IN PACKET	*	
theraflu-d flu relief day 60-30-1,000 mg/30 ml LIQUID	*	
theragran-m premier 50 plus 400-250-375 mcg TABLET	*	
theralogix companion 0.4 mg TABLET	*	
therapeutic dandruff shampoo 3 % SHAMPOO	*	
therapeutic t plus 3 % SHAMPOO	*	
therapeutic-m 19 mg iron- 400 mcg, 9 mg iron-400 mcg TABLET	*	
theratrum complete 50 plus-lyc 0.4 mg-300 mcg- 250 mcg TABLET	*	
theratrum complete 50 plus/lut TABLET	*	
theratrum complete with lutein TABLET	*	
THEREMS MULTIVITAMIN 400 MCG TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg CAPSULE	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg, 500 mg TABLET	*	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION	*	
thiamine mononitrate (vit b1) 100 mg, 250 mg, 50 mg TABLET	*	
TINACTIN 1 % AEROSOL POWDER	*	

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
travel sickness 50 mg TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg CHEWABLE TABLET	*	
travel-ease (meclizine) 25 mg TABLET	*	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	*	
TRI-VI-SOL 250 MCG-50 MG- 10 MCG/ML DROPS	*	
tri-vitamin with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
tri-vite with fluoride 0.25 mg fluor. (0.55 mg)/ml, 0.5 mg fluoride (1.1 mg)/ml DROPS	*	
triacetin 100 % LIQUID	*	
tricon 110-0.5 mg CAPSULE	*	
trigels-f forte 460-60-0.01-1 mg CAPSULE	*	
trimazole 1 % CREAM	*	
tripenicol s 25 % SOLUTION	*	
triphrocaps 1 mg CAPSULE	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5-400-5,000 MG-UNIT-UNIT OINTMENT IN PACKET	*	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5MG-400 UNIT- 5,000 UNIT/GRAM OINTMENT	*	
triple antibiotic plus 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple antibiotic spray 3.5-400-5,000 mg-unit-unit AEROSOL SPRAY	*	
triple antibiotic-pain relief 3.5-500-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT	*	
triple magnesium complex 400 mg magnesium CAPSULE	*	
triple paste 40 % OINTMENT	*	
triple paste af 2 % OINTMENT	*	
triprolidine hcl 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml DROPS	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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	*	
tussin cough-chest congestion 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm 10-100 mg/5 ml, 5-50 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm 20-400 mg TABLET	*	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	*	
tussin dm cough and chest 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin dm day-night 12.5 mg-30 mg/ 10 ml (night) LIQUID, SEQUENTIAL	*	
tussin dm max 10-200 mg/5 ml, 5-100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	*	
tussin nighttime cough dm 12.5-30 mg/10 ml LIQUID	*	
tusstin 10-28-388 mg/5 ml, 2.5-7.5-88 mg/ml LIQUID	*	
TUXARIN ER 8-54.3 MG TABLET, ER 12 HR.	*	
TYLENOL 325 MG TABLET	*	
TYLENOL 8 HOUR 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET ER	*	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG TABLET	*	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5-10-325-200 MG/15 ML LIQUID	*	
TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR 5-325-200 MG TABLET	*	
tylenol cold-flu multi-act day 30-15-500 mg TABLET	*	
TYLENOL EXTRA STRENGTH 500 MG TABLET	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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-finatate 4 mg TABLET	*	
wal-finatate-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	*	
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	*	

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

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

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 05/05/2026.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist). Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



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	94
	12 hour decongestant	94
	12 hour nasal decongest (pse)	94
	2-in-1 laxative	94
	24hr allergy-congestion relief	94
	3-day vaginal	95
	50 plus adult eye health	95
	8 hour pain reliever	95
	8hr muscle aches-pain	95
	A	
	a and d (lanolin-petrolatum)	95
	a thru z	95
	a thru z advanced formula	95
	a thru z high potency	95
	a thru z men's ultimate	95
	a thru z select	95
	a thru z select 50plus formula	95
	a thru z select women's	95
	A-25 (VIT A PALMITATE)	95
	abacavir	80
	abacavir-lamivudine	80
	abanatuss ped	95
	abaneu-sl	95
	ABATINEX	95
	abatuss dmx	95
	abc complete adult	95
	abc complete men's	95
	abc complete senior 50 plus	95
	abc complete senior men's	95
	abc complete women's	95
	abc plus	95
	ABELCET	66
	abigale	32
	abigale lo	32
	ABILIFY ASIMTUFII	77
	ABILIFY MAINTENA	77
	abiraterone	68
	abirtega	68
	abreva	95
	ABRYSVO (PF)	41
	acamprosate	26
	acarbose	89
	accutane	28
	acebutolol	19
	acerola c	95
	acerola c-500	95
	acetaminophen	95
	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	91
	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 05/05/2026.

acid gone antacid	96	acyclovir	80
acid gone antacid e.strength	96	acyclovir sodium	80
acid reducer (cimetidine)	96	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	41
acid reducer (famotidine)	96	ADALIMUMAB-ADAZ	41
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	91
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)	96	adult multivitamin (w-lutein)	97
acne foaming wash	96	adult multivitamin gummies	97
ACNE MEDICATION	96	adult one daily gummies	97
acne pads	96	adult robitussin peak cold m-s	97
acne treatment (benzoyl perox)	96	adult tussin cf	97
acne wash	96	adult tussin chest congestion	97
acne-clear	96	adult wal-tussin	97
acnomel	96	adult wal-tussin dm max	97
ACTHIB (PF)	41	adults 50 plus	97
ACTICON (DEXBROMPH-PSE)	96	adults multivitamin	97
actidogesic	96	ADVAIR HFA	91
actidogesic-df	96	advanced acne spot treatment	97
actidom da	97	advanced antacid-antigas	97
actidom dmx	97	advanced exfoliating cleanser	97
ACTIMMUNE	41	advanced healing (petrolatum)	97
actinel	97	advanced probiotic	97
actinel dm	97	ADVIL	97
actinel pediatric	97	ADVIL DUAL ACTION	97

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 05/05/2026.

ADVIL JUNIOR STRENGTH	97	alfuzosin	32
ADVIL LIQUI-GEL	97	aliskiren	19
ADVIL LIQUI-GELS MINIS	97	alka-seltzer heartburn chew	98
ADVIL MIGRAINE	97	ALKA-SELTZER HEARTBURN-GAS	98
ADVIL PM	97	ALKA-SELTZER ORIGINAL	98
ADVIL SINUS CONGESTION-PAIN	97	ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE)	98
afirmelle	32	ALKA-SELTZER PLUS D-N (ACETAM)	98
after pill	97	alka-seltzer plus day	98
AFTERA	97	alka-seltzer plus mucus-conges	98
AIMSCO LATEX CONDOM	98	alka-seltzer plus sinus-cough	98
air-power	98	alka-seltzer severe cold	98
AIRSUPRA	91	alkums	98
AKEEGA	68	all day allergy-d	98
ala-hist ir	98	all day cold and sinus	98
ALAHIST DM (DEXBROMPHEN-PE-DM)	98	all day pain relief	98
alavert d-12 allergy-sinus	98	all day pain relief sinus,cold	98
ALAWAY	98	all day relief	98
alba-lybe	98	all-nite cold-flu	98
albendazole	76	ALLEGRA-D 12 HOUR	98
albuterol sulfate	91, 92	ALLEGRA-D 24 HOUR	98
alcaftadine	98	ALLER-CHLOR	98
ALCOHOL PADS	49	aller-g-time	98
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 05/05/2026.

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	32
allergy relief multi-symptom	99	amethyst (28)	32
allergy relief(chlorpheniramn)	99	amikacin	55
allergy relief(diphenhydramin)	99	amiloride	19
allergy relief,nasal decongest	99	amiloride-hydrochlorothiazide	19
allergy relief-d (cetirizine)	99	aminofen	100
allergy relief-d (loratadine)	99	aminophylline	92
allergy relief-d(fexofenadine)	99	AMINOSYN II 10 %	83
allergy sinus pe	99	AMINOSYN II 15 %	83
allergy sinus-d	99	AMINOSYN-PF 10 %	83
allergy-congest relief-d(fexo)	99	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	83
allergy-congestion relief-d	99	amiodarone	19
allergy-time	99	amitriptyline	63
allopurinol	17	amlactin	100
almacone-2	99	amladex	100
alophen (bisacodyl)	100	amlodipine	19
alose tron	30	amlodipine-atorvastatin	19
alprazolam	54	amlodipine-benazepril	19
altachlore	100	amlodipine-olmesartan	19
altavera (28)	32	amlodipine-valsartan	19
altazine	100	ammonium lactate	28, 100
altipres	100	amnestem	28
altipres pediatric	100	amoxapine	63
altipres-b	100	amoxicillin	55
alum-mag hydroxide-simeth	100	amoxicillin-pot clavulanate	55
aluminum hydroxide gel	100	amphotericin b	66
ALUNBRIG	68	amphotericin b liposome	66
alyacen 1/35 (28)	32	ampicillin	55
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 05/05/2026.

ampicillin-sulbactam	56	anti-itch medicated	101
anagrelide	87	anti-itch(diphenhyd) with zinc	101
anastrozole	68	anti-itch(hydrocortisone)-aloe	101
anecream5	100	anti-nausea	101
animal chews	100	antibiotic (bacitracin zinc)	101
ANKTIVA	68	antibiotic (neomy-bacit-polym)	101
antacid	100	antibiotic plus (pramoxine)	101
antacid (calcium carb-mag hyd)	100	antibiotic plus pain rel(pram)	101
antacid (calcium carbonate)	100	antibiotic-pain relief (bacit)	101
antacid and pain relief	100	antifungal	101
antacid anti-gas	100	antifungal (clotrimazole)	101
antacid anti-gas (ca carb-sim)	100	antifungal (miconazole)	101, 102
antacid calcium	100	antifungal (terbinafine)	102
antacid exst (ca carb-mag hyd)	100	antifungal (tolnaftate)	102
antacid exst (mag carb-al hyd)	100	antifungal extra thick	102
antacid ext str (calcium carb)	100	antifungal ringworm	102
ANTACID EXTRA-STRENGTH	100	antifungal spray	102
antacid liquid	100	antitussive dm	102
antacid m	100	ap-hist dm	102
antacid maximum strength	100	APATATE FORTE	102
antacid multi-symptom	100	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
anti-dandruff	101	apri	32
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 05/05/2026.

AQUAPHOR HEALING	102	athlete's foot (clotrimazole)	103
aquaphor itch relief	102	athlete's foot (terbinafine)	103
AQUAPHOR ORIGINAL	102	athlete's foot (tolnaftate)	103
aranelle (28)	32	athletic foot cream	103
ARCALYST	42	atomoxetine	26
AREXVY (PF)	42	atorvastatin	19
arformoterol	92	atovaquone	76
ARIKAYCE	56	atovaquone-proguanil	76
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)	102	AUGTYRO	68
arthritis pain relief (acetam)	102	auro dri swimmers' ear	103
arthritis pain reliever	102	aurovela 1.5/30 (21)	33
ascorbate calcium (vitamin c)	102	aurovela 1/20 (21)	33
ascorbate calcium-bioflavonoid	102	aurovela 24 fe	33
ascorbic acid (vitamin c)	102, 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
asenapine maleate	77	AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	26
ashlyna	32	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	103
atenolol-chlorthalidone	19	AVEENO MOISTURIZING	103
athenol	103	aveeno soothing bath	103
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 05/05/2026.

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	104
azelaic acid	28	baby's super daily d3	104
azelastine	46, 92, 103	bacitracin	46, 56, 104
azithromycin	56	bacitracin zinc	104
AZO URINARY PAIN RELIEF	103	bacitracin-polymyxin b	46
azolen	103	bacitraycin plus	104
aztreonam	56	back and body pain reliever	104
azurette (28)	33	backache relief extra strength	104
B		baclofen	17
B ACTIV	103	bal-care dha	83
b complex	103	balamine dm (chlor-pe)	104
b complex 1 (with folic acid)	103	balance b-100 (folic acid)	104
b complex 100	103	balance b-50 (with folic acid)	104
b complex plus vitamin c	103	balanced b-100	104
b complex w-vit c	103	balanced b-100 complex	104
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	25
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	BARACLUDGE	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 05/05/2026.

bayer aspirin	105	benfotiamine	105
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	105	BENLYSTA	42
bayer low dose aspirin	105	benzebro	105
bayer plus extra strength	105	benzonatate	105
baza antifungal	105	benzoyl peroxide	105
baza protect (zinc oxide)	105	benztropine	18
BC ARTHRITIS	105	BESREMI	42
BCG VACCINE, LIVE (PF)	42	best fiber	105
BD ALCOHOL SWABS	49	beta carotene	105
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	49	beta med	105
BD ECLIPSE LUER-LOK	49	beta-hc	105
BD INSULIN SYRINGE	49	BETADINE OPHTHALMIC PREP	46
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	105
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	49	betatemp	105
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	49	betaxolol	46
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	49	bethanechol chloride	32
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	49	bexarotene	68
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	49	BEXSERO	42
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	49	bicalutamide	68
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	49	bicarsim forte	105
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	50	BICILLIN C-R	56
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	50	BICILLIN L-A	56
BELSOMRA	48	BIKTARVY	80
BENADRYL	105	BILAC	105
BENADRYL ALLERGY	105	bimatoprost	46
benadryl extra strength	105	BIO-D-MULSION	105
benazepril	19	BIO-D-MULSION FORTE	105
benazepril-hydrochlorothiazide	19	bio-dtuss dmx	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 05/05/2026.

bio-rytuss	106	briellyn	33
BIOCEL (WITH LUTEIN)	106	brimonidine	46
biocotron	106	brivaracetam	60
biodesp dm	106	BRIVIACT	60
bionel	106	brohist d	106
biopetit	106	bromfed dm	106
biotect plus	106	bromocriptine	18
biotin	106	bronchial asthma relief	106
BIOTRUE HYDRATION BOOST	106	brontuss sf	106
biozen	106	BRUKINSA	68
bisacodyl	106	budesonide	25, 92
bismuth	106	bufferin	106
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	54, 55
bonine	106	butalbital-acetaminophen-caff	50
BOOSTRIX TDAP	42	butenafine	106
BORDERED GAUZE	50	C	
BORTEZOMIB	68	c 1000-bioflavonoids-rose hips	106
BOSULIF	68	c complex	106
BOUDREAUXS BUTT PASTE	106	c-1000	106
bp wash	106	c-1000 with rose hips	107
bpo	106	c-500	107
BRAFTOVI	68	c-lax laxative (bisacodyl)	107
brantussin dm	106	c-nate dha	83
BREO ELLIPTA	92	ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	107
BREZTRI AEROSPHERE	92	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 05/05/2026.

cabergoline	40	calcium carb-d3-mag cmb11-zinc	108
CABOMETYX	68	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
calaclear	107	calcium carbonate-simethicone	108
calagesic	107	calcium carbonate-vit d3-min	108
calahist	107	calcium carbonate-vitamin d3	108
calahist clear	107	calcium chloride	83
calahist with pramoxine	107	calcium cit-mag aspart,oxid-d3	108
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	107	calcium citrate plus	109
calc-d3-magnes-b6-zn-cu-mangan	107	calcium citrate plus (vit b6)	109
calcidol	107	calcium citrate-vitamin d3	109
calcipotriene	28	calcium for women	109
calcitonin (salmon)	25	calcium gluconate	83, 109
calcitriol	25	calcium lactate	109
calcium 26-vit d3-magnesium 15	107	calcium magnesium plus d	109
calcium 500 + d	107	calcium no.38-d3-mag-boron	109
calcium 500 with d	107	calcium phos-d3-magnesium-zinc	109
calcium 600	107	calcium phosphate	109
calcium 600 + d(3)	107	calcium phosphate-vitamin d3	109
calcium 600 + minerals	107	calcium plus menaq7 adult	109
calcium 600 with vitamin d3	108	calcium plus menaq7 senior	109
CALCIUM 600-D3 PLUS (MAG-ZINC)	108	calcium with boron	109
calcium acetate	108	calcium with vitamin d	109
calcium amino acid chelate	108	calcium-d3-zinc-copper-mangan	109
calcium antacid	108	calcium-folic acid-vitamin d	109
calcium carb, citrate, malate	108	calcium-magnesium	109
calcium carb, citrate-vit d3	108	calcium-magnesium-copper-zinc	109
calcium carb,cit,mal-magnesium	108	calcium-magnesium-vit d3-boron	109

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 05/05/2026.

calcium-magnesium-zinc	109	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	56
CALPHRON	110	cefepime	56
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	68	cefepime in dextrose 5 %	56
CALTRATE WITH VITAMIN D3	110	cefepime in dextrose,iso-osm	56
CALTRATE-D3 PLUS MINERALS	110	cefixime	56
camila	33	cefotetan	56
camrese	33	cefoxitin	56
camrese lo	33	cefoxitin in dextrose, iso-osm	56
candesartan	20	cefepodoxime	57
candesartan-hydrochlorothiazid	20	cefprozil	57
CAPLYTA	77	ceftaroline fosamil	57
CAPRELSA	68, 69	ceftazidime	57
CAPRON DM	110	ceftriaxone	57
captopril	20	ceftriaxone in dextrose,iso-os	57
captopril-hydrochlorothiazide	20	cefuroxime axetil	57
carbamazepine	60	cefuroxime sodium	57
carbidopa	18	celebrate b-12 quick-melt	110
carbidopa-levodopa	18	celecoxib	52
carbidopa-levodopa-entacapone	19	central-vite	110
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	50	central-vite women's mature	110
carglumic acid	83	centratex	110
carteolol	46	centravites 50 plus	110
cartia xt	20	centravites adults	110
CARTIVISC	110	centrum	110
carvedilol	20	CENTRUM ADULT 50 FRESH-FRUITY	110
cascara sagrada	110	centrum adult 50 plus	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](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

centrum complete	110	CHEMET	83
CENTRUM MEN	110	CHEST CONGESTION RELIEF	111
centrum multigummies men	110	chest congestion relief dm	111
centrum multigummies women	110	chest congestion relief pe	111
centrum silver	110	chest congestion-cough hbp	111
CENTRUM SILVER MEN	110	chest congestion-cough relief	111
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S	110	chest-sinus congestion relief	111
centrum specialist heart	110	chewable iron	111
CENTRUM ULTRA MEN'S	110	child allergy plus congestion	111
centrum women	111	child allergy relief (diphen)	111
century	111	child benadryl plus congestion	111
century adults 50 plus	111	child chest congestion-cough	111
century mature	111	child chewable vitamn complete	111
century men	111	child cold-cough day-night	111
century men 50 plus	111	child complete multivitamin	111
century women	111	child cough and sore throat	111
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 05/05/2026.

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	113
child's omega-3 dha multivitam	112	children's m-s cold day-night	113
children dimetapp m-s cold-flu	112	children's mapap	113
children multivitamin	112	CHILDREN'S MOTRIN	113
children night time cold-cough	112	children's motrin jr strength	113
children's acetaminophen	112	children's mucinex cough	113
CHILDREN'S ADVIL	112	children's multi-symptom cold	113
CHILDREN'S ALAWAY	112	children's multi-vit gummies	113
children's allergy (diphenhyd)	112	children's multivit (w lutein)	113
children's antacid	112	children's multivitamin	113
children's aspirin	112	children's multivitamin gummy	113
CHILDREN'S ASTEPRO ALLERGY	112	children's multivitamin-immune	113
children's benadryl allergy	113	children's non-aspirin	113
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	114
children's dibromm dm cold-cou	113	children's fiber gummy bear	114
CHILDREN'S DIMETAPP COLD-COUGH	113	CHILDRENS GILTUSS COUGH-COLD	114
children's easy-melts	113	children's giltuss ex	114
children's fever reducing	113	children's plus cold	114

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 05/05/2026.

childrens plus multi-symp cold	114	CITROMA	115
childs triacting cold-cough	114	citrucel	115
chld robitussin cough-chest dm	114	claravis	28
chld robitussin night cough dm	114	clarithromycin	57
chlorhexidine gluconate	28	CLARITIN-D 12 HOUR	115
chloroquine phosphate	76	claritin-d 24 hour	115
chlorpheniramine maleate	114	clear anti-itch	115
chlorpromazine	77	clear away	115
chlortabs	114	clear fiber	115
chlorthalidone	20	clearasil daily clear(benzoyl)	115
chocolate laxative	114	clearasil rapid rescue (salic)	115
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	87	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	57
ciprofloxacin hcl	46, 57	clindamycin in 5 % dextrose	57
ciprofloxacin in 5 % dextrose	57	clindamycin palmitate hcl	57
citalopram	64	clindamycin pediatric	57
citracal + d maximum	115	clindamycin phosphate	28, 57
citracal regular	115	clindamycin-benzoyl peroxide	28
CITRACAL-D3 GUMMIES	115	clinere ear wax removal	116
CITRACAL-D3 PETITES	115	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	83
CITRACAL-D3 SLOW RELEASE	115	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	83
citrate of magnesia	115	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	83

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 05/05/2026.

CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	83	cod liver oil	116
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	83	codeine-guaifenesin	116
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	83	coditussin ac	116
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	83	col-rite	116
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	84	cola (syrup)	116
CLINIMIX E 4.25%/D10W SUL FREE	84	COLACE	116
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	84	COLACE 2-IN-1	116
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	84	colchicine	17
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	84	cold and cough elixir	116
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	84	cold and flu hbp	116
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	84	cold and flu relief plus (d/n)	116
CLINISOL SF 15 %	84	cold and flu relief(diphen-pe)	116
CLINOLIPID	84	cold and flu severe	116
clobazam	60	cold and sinus pain relief	116
clobetasol	28, 29	cold head congest(gg-pe-acetm)	116
clobetasol-emollient	29	cold head congestion day/nite	116
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	87	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	cold-cough sinus relief pe	117
COARTEM	76	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-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

cold-sinus relief (ibuprofen)	117	coricidin hbp chest cong-cough	118
colestipol	20	coricidin hbp cold and flu	118
colistin (colistimethate na)	57	coricidin hbp cold-multi sympt	118
COMBIGAN	46	CORICIDIN HBP COUGH AND COLD	118
COMBIPATCH	33	corn remover	118
COMBIVENT RESPIMAT	92	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
complete allergy	117	cortizone-10 feminine itch	118
complete allergy medicine	117	cortizone-10 with aloe	118
complete lice treatment	117	corvita	118
complete multivitamin-mineral	117	corvita 150	118
complete mv adult 50 plus	117	CORVITE	118
complete natal dha	84	cosamin ds	118
completenate	117	COSENTYX	42
complex b-100	117	COSENTYX (2 SYRINGES)	42
compound w	117	COSENTYX PEN	42
compound w dual power 2-in-1	117	COSENTYX PEN (2 PENS)	42
compound w gel kit	117	COSENTYX UNOREADY PEN	42
compro	65	COTELLIC	69
condrolite	118	cough and cold (chlorphen-dm)	118
conex	118	cough and cold mucus relief cf	118
conex pediatric	118	cough and severe cold	118
congest-eze pe	118	cough syrup	118
congestion relief (ibuprof-pe)	118	cough syrup dm	118
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 05/05/2026.

critic-aid clear af(miconazol)	119	daily fiber (psyllium-sucrose)	119
cromolyn	46, 92	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	daily probiotic	120
cyanocobalamin-cobamamide	119	daily probiotic (b.infantis)	120
cyanocobalamin-methylcobalamin	119	daily value	120
cyclobenzaprine	91	daily vitamin formula	120
cyclophosphamide	69	daily vitamin formula-iron	120
cyclosporine	42, 47	daily vitamin formula-minerals	120
cyclosporine modified	42	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	89
		dapagliflozin-metformin	89
		dapsone	67
		DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	42
		daptomycin	57
		daptomycin in 0.9 % sod chlor	57
		darunavir	80
		DARZALEX	69
		DARZALEX FASPRO	69

D

d-vi-sol	119		
d10 %-0.45 % sodium chloride	84		
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	84		
d3 dots	119		
d3-2000	119		
d3-5000	119		
d5 % and 0.9 % sodium chloride	84		
d5 %-0.45 % sodium chloride	84		
dabigatran etexilate	87		
daily acne wash	119		
daily face wash	119		
daily fiber	119		
daily fiber (psyllium-aspart)	119		

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 05/05/2026.

dasatinib	69	delta d3	121
dasetta 1/35 (28)	33	DELTUSS DMX (DEXCHLORPHEN)	121
dasetta 7/7/7 (28)	33	DENGVAXIA (PF)	42
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	33
day-night severe cold-flu	120	DEPO-SUBQ PROVERA 104	33
day-nite severe cold-flu	120	DERMACEA	50
dayhist allergy	120	dermacinrx atrix	121
daylogic acne foaming wash	120	dermacinrx lacterol	121
daylogic acne treatment	120	dermacinrx probinate	121
daylogic advanced healing	120	dermacinrx probisol	121
daysee	33	dermacinrx probitran	121
daytime cold and cough	120	dermacinrx probitol	121
daytime cold-flu	120	dermacinrx promerol	121
daytime cold-flu relief (pe)	120	dermafungal	121
daytime max cold-flu	120	DERMAPHOR	121
daytime-cold nighttime-cld-flu	120	dermarest eczema (hydrocort)	121
daytime-nighttime	121	dermarest psoriasis medicated	121
daytime-nighttime cold-flu	121	dermazinc	121
daytime-nighttime cough	121	dermazinc shampoo	121
ddrops	121	DERMAZINC SPRAY	121
deblitane	33	DESCOVY	80
DEBROX	121	desenex	121
debrox kids	121	DESGEN	121
debrox swimmer's ear	121	desgen dm	121
decara	121	desgen dm (pseudoephedrine)	122
decitabine	69	desipramine	64
deferasirox	84	desloratadine	92
dekas essential	121	desmopressin	39
DELSTRIGO	80	desog-e.estradiol/e.estradiol	33
delsym cough-chest congest dm	121	desonide	29
DELSYM COUGH-SORE THROAT	121	despec dm-g	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 05/05/2026.

despec eda cough-cold drops	122	dialyvite 800	122
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	122
dexamethasone intensol	39	diaper rash	122
dexamethasone sodium phos (pf)	39	diarrhea relief (bismuth subs)	122
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	26	diclofenac sodium	29, 47, 52,
dextroamphetamine sulfate	26, 27	122
dextroamphetamine-amphetamine	27	dicloxacillin	58
dextromethorphan-guaifenesin	122	dicyclomine	30
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	84	didanosine	80
dextrose 10 % in water (d10w)	84	DIFFERIN	122
dextrose 20 % in water (d20w)	84	DIFICID	58
dextrose 25 % in water (d25w)	84	digestive probiotic	122
dextrose 30 % in water (d30w)	84	digestive relief	122
dextrose 40 % in water (d40w)	84	DIGITAL PREGNANCY TEST	122
dextrose 5 % in water (d5w)	84	digoxin	20
dextrose 5 %-lactated ringers	84	dihydroergotamine	18
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	84	DILANTIN	61
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	84	dilt-xr	20
dextrose 50 % in water (d50w)	84	diltiazem hcl	20
dextrose 70 % in water (d70w)	84	dimaphen dm	122
dhs sal	122	dimenhydrinate	122
DHS ZINC	122	DIMETAPP COLD-ALLERGY(BROM-PE)	122
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	60, 61	diotame	123

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 05/05/2026.

diphedryl	123	doxercalciferol	25
diphedryl allergy	123	doxy-100	58
diphen	123	doxycycline hyclate	58
diphenhydramine hcl	92, 123	doxycycline monohydrate	58
diphenoxylate-atropine	30	dr manzanilla cough-cold	123
disulfiram	26	dr scholl's clear away	123
divalproex	61	DR. SMITH'S DIAPER	123
dm max	123	DRAMAMINE	123
DOAN'S EXTRA STRENGTH	123	dramamine (meclizine)	123, 124
docosanol	123	dramamine less drowsy	124
docuprene	123	driminate	124
docusate calcium	123	dripdrop	124
docusate sodium	123	DRISTAN COLD	124
docuzen	123	DRIZALMA SPRINKLE	27
dofetilide	20	dronabinol	65
dok	123	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	50
dolishale	33	DROPLET INSULIN SYRINGE	50
DOLOGESIC (W-DEXBROMPHENIRMN)	123	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	50
DOLOGESIC-DF	123	DROPLET PEN NEEDLE	50
dometuss g	123	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	50
dometuss-dmx	123	DROPSAFE PEN NEEDLE	50
dometuss-nr	123	drospirenone-ethinyl estradiol	34
dona	123	DROXIA	50
donepezil	17	dual action complete	124
dorzolamide	47	dual action freeze away wart	124
dorzolamide-timolol	47	dual action pain reliever	124
dorzolamide-timolol (pf)	47	DUAVEE	34
dotti	34	DULCOLAX (BISACODYL)	124
double antibiotic (b.tracrn zn)	123	dulcolax (magnesium hydroxide)	124
double antibiotic-pain relief	123	dulcolax stool softener (dss)	124
DOVATO	80	duloxetine	27
doxazosin	20	duofilm	124
doxepin	55	DUPIXENT PEN	42

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 05/05/2026.

DUPIXENT SYRINGE	42, 43	ed bron gp	125
duragel callus removers	124	ed chlorped jr	125
DUREX AIR CONDOM	124	ed-apap	125
DUREX AVANTI BARE REAL FEEL	124	EDURANT	80
DUREX EXTRA SENSITIVE CONDOM	124	EDURANT PED	80
DUREX TROPICAL CONDOM	124	efavirenz	80
dutasteride	32	efavirenz-emtricitabin-tenofov	80
dutasteride-tamsulosin	32	efavirenz-lamivu-tenofov disop	80
E			
e-200	124	effaclar (salicylic acid)	125
ear drops (carbamide peroxide)	124	effaclar adapalene	125
ear drops for swimmers	124	efferves pain relief antacid	125
ear dry	124	electrolyte-148	84
ear wax removal drops	124	electrolyte-48 in d5w	84
ear wax removal kit	124	electrolyte-a	84
ear wax removal system	124	electrolytes-dextrose	125
EARLY PREGNANCY TEST	124	ELELYSO	94
EARLY RESULT PREGNANCY TEST	124	eletriptan	18
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	50	elfolate	125
easy fiber	124	elfolate plus	125
easy fiber (wheat dextrin)	124	ELIGARD	40
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	50	ELIGARD (3 MONTH)	40
EASYLIFE ALCOHOL PADS	51	ELIGARD (4 MONTH)	40
eazze the pain	124	ELIGARD (6 MONTH)	40
econtra ez	124	elinest	34
econtra one-step	124	ELIQUIS	87, 88
ECOTRIN	124	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	88
ecotrin low strength	124	ELIQUIS SPRINKLE	88
eczema	124	ELMIRON	32
eczema care	124	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 05/05/2026.

emetrol	125	entacapone	19
emetrol chewable	125	entecavir	81
EMGALITY PEN	18	ENTEXT	125
EMGALITY SYRINGE	18	ENTRESTO SPRINKLE	21
EMPLICITI	69	enulose	30
EMSAM	64	ENVARUSUS XR	43
emtricitabine-rilpivirine-tenofovir df	80	EPCLUSA	81
emtricitabine	80	EPIDIOLEX	61
emtricitabine-tenofovir (tdf)	80	epinephrine	92
EMTRIVA	81	epitol	61
emzahh	34	EPRONTIA	61
enalapril maleate	20	epsom salt (laxative)	125
enalapril-hydrochlorothiazide	21	equalactin	125
ENBREL	43	ERBITUX	69
ENBREL MINI	43	ergocalciferol (vitamin d2)	125
ENBREL SURECLICK	43	ergotamine-caffeine	18
endacof - dm	125	ERIVEDGE	69
endit (zinc oxide)	125	ERLEADA	69
ENDOCET	52	erlotinib	69
ENDOMETRIN	34	errin	34
endur-b complex	125	ertapenem	58
endur-c with rose hips	125	ERYTHROCIN	58
enema	125	erythromycin	47, 58
enema disposable	125	erythromycin lactobionate	58
ENEMEEZ	125	erythromycin with ethanol	29
ENFAMIL ENFALYTE	125	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 05/05/2026.

estradiol-norethindrone acet	34	eye drops irritation relief	126
ESTRING	34	eye drops moisturizing relief	126
eszopiclone	48	eye drops relief	126
ethambutol	67	eye drops(tetrahydroz-zn sulf)	126
ethosuximide	61	eye drops(tetrahydrozolin-peg)	126
ethynodiol diac-eth estradiol	34	eye health plus lutein	126
etodolac	52	eye itch relief	126
etonogestrel-ethinyl estradiol	34	eye multivitamin	126
etravirine	81	EYSUVIS	47
eucerin baby eczema relief	126	ezetimibe	21
eucerin eczema relief	126	ezetimibe-simvastatin	21
EULEXIN	69	ezfe 200	126
evac-u-gen (sennosides)	126	F	
everolimus (antineoplastic)	69	fa-8	126
everolimus (immunosuppressive)	43	falmina (28)	34
EVOTAZ	81	famciclovir	81
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH	126	famotidine	30, 126
EXCEDRIN MIGRAINE	126	famotidine (pf)	30
exemestane	69	FANAPT	77
expectorant	126	FANAPT TITRATION PACK A	77
expectorant cough syrup	126	FANAPT TITRATION PACK B	77
expectorant dm	126	FANAPT TITRATION PACK C	77
extra pain relief	126	FANTASY CONDOM	126
extra strength bayer	126	FARXIGA	89
extraprin	126	FASENRA PEN	92
EXXUA	64	fast mucus relief severe cold	126
eye allergy itch relief	126	FC2 FEMALE CONDOM	126
eye allergy itch-redness rlf	126	fe c	126
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
eye drops advanced relief	126	felbamate	61

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 05/05/2026.

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)	128
ferric x-150	127	fiber therapy laxative (husk)	128
ferro-sequels (iron-vit c)	127	fiber therapy(psyl seed-sugar)	128
ferro-time	127	fiber with probiotic	128
ferrocite	127	fiber-caps (psyllium husk)	128
ferrous fumarate	127	fiber-lax	128
ferrous gluconate	127	FIBER-STAT	128
ferrous sulfata	127	fiber-tabs	128
fesoterodine	32	FIBERCON	128
FETZIMA	64	fiberex f15	128
fever reducer	127	fidaxomicin	58
FEVERALL	127	finasteride	32
fexofenadine-pseudoephedrine	127	fingolimod	27

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 05/05/2026.

FINTEPLA	61	fluocinolone acetonide oil	17
FIRMAGON	40	fluocinolone and shower cap	29
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	40	fluocinonide	29
first aid antibiotic	128	fluoride (sodium)	129
first aid antibiotic-pain rlf	128	fluorometholone	47
FIRST RESPONSE PREGNANCY TEST	128	fluorouracil	29, 69
flanax (naproxen)	128	fluoxetine	64
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	92
fleet glycerin (adult)	129	fluticasone propionate	29, 92
FLEET MINERAL OIL	129	fluvastatin	21
flevoxin	129	fluvoxamine	64
flexitol	129	foaming acne face wash	129
FLINTSTONES MULTIVITAMIN	129	foaming antacid	129
flintstones/extra c	129	FOLAFYER	129
flonase headache-allergy rlf	129	folamax	129
FLONASE NIGHTTIME ALLERGY RLF	129	folaprima	129
FLORANEX	129	folbee	129
FLORAVANCE	129	folbee plus	129
floraxyl	129	folbic	129
flu hbp	129	folbic rf	129
flu severe cold-night(diph-pe)	129	folic acid	129
flu-severe cold-cough daytime	129	folic acid-vit b6-vit b12	129
flu-severe cold-cough night	129	folic d3	130
fluconazole	66	folitab	130
fluconazole in nacl (iso-osm)	66	folivane-f	130
flucytosine	66	folivane-plus	130
fludrocortisone	39	folplex 2.2	130
flunisolide	92	foltabs 800	130
fluocinolone	29	foltanx	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 05/05/2026.

foltanx rf	130	GAMUNEX-C	43
FOLTRATE	130	GARDASIL 9 (PF)	43
FOLTX	130	gas relief (simethicone)	130
folvite-d	130	gas relief 80 (simethicone)	130
foot and sneaker	130	gas relief extra strength	130
formula 3	130	gas relief ultra strength	130
FORTEO	25	gas-x	130
fosamprenavir	81	gas-x extra strength	130
fosfomycin tromethamine	58	gas-x ultra-strength	130
fosinopril	21	gatifloxacin	47
fosinopril-hydrochlorothiazide	21	GAUZE BANDAGE	51
fosphenytoin	61	GAUZE PAD	51
FOTIVDA	69	gavilax	130
fruit c	130	gavilyte-c	30
fruit c-500	130	gavilyte-g	30
FRUZAQLA	70	gavilyte-n	30
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
		GEMTESA	32
		gencontuss	131
		generlac	31
		genicin	131
		genoravance	131
		gentamicin	47, 58
		gentamicin in nacl (iso-osm)	58
		gentamicin sulfate (ped) (pf)	58
		gentian violet	131
		gentle laxative (bisacodyl)	131

G

g tussin ac	130
g-fenesin	130
g-fenesin dm	130
G-SUPRESS DX	130
g-tron ped	130
G-TUSICOF	130
gabapentin	61
galantamine	17
gallifrey	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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

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	131	glucosamine daily complex	132
geri-tussin dm	131	glucosamine hcl	132
GILOTRIF	70	glucosamine hcl-hyaluronic	132
giltuss allergy plus (dm)	131	glucosamine hcl-msm-chondroitn	132
GILTUSS COUGH-COLD	131	glucosamine sul-chondroitn-msm	132
giltuss cough-congestion	131	glucosamine sulfate	132
giltuss diabetic	131	glucosamine sulfate-msm	132
giltuss ex	131	glucosamine-chond-msm complex	132
giltuss hbp	131	glucosamine-chondr (msm-hyal)	132
glatiramer	27	glucosamine-chondroit-vit c-mn	132
glatopa	27	glucosamine-chondroitin	132
glenmax peb	131	glucosamine-chondroitin 3x	132
glenmax peb dm	131	glucosamine-chondroitin complx	132
glenmax peb dm forte	131	glucosamine-chondroitin ds	132
glentuss	131	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	131	glucosamine-msm-chondr-d3-bosw	133
glucos chond cplx advanced	131	glucosamine-msm-hyaluron acid	133
glucos-chond-msm (with antiox)	131	glutamine (sickle cell)	31
glucosam-chon-collag-hyalur ac	131	glycerin (adult)	133
glucosam-chon-msm1-c-mang-bosw	132	glycerin (child)	133
glucosam-chond-msm(with boron)	132	GLYCOPHOS	85

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 05/05/2026.

glycopyrrolate	31	haloperidol lactate	78
GLYXAMBI	89	HARD NAILS	133
GOMEKLI	70	HAVRIX (PF)	43
goniotaire	133	head congestion day-night	133
goody's back and body pain	133	head congestion-flu severe pe	133
GORMEL	133	head congestion-mucus	133
granisetron hcl	65	headache pm	133
griseofulvin microsize	66	headache relief (asa-acet-caf)	133
griseofulvin ultramicrosize	66	headache relief pm	133
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	133	heartburn relief (famotidine)	134
GYNE-LOTRIMIN	133	heather	34
gyne-lotrimin 7	133	hematinic plus vit/minerals	134
H			
HAEGARDA	43	hematinic/folic acid	134
hailey	34	hematogen fa	134
hailey 24 fe	34	hematogen forte	134
hailey fe 1.5/30 (28)	34	HEMOCYTE-PLUS	134
hailey fe 1/20 (28)	34	hemorrhoid	134
hair vitamins	133	hemorrhoidal	134
hair, skin and nails (biotin)	133	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa)	134
hair,skin and nails	133	hemorrhoidal (witch hazel)	134
hair,skin and nails(fa-biotin)	133	hemorrhoidal cooling	134
halls defense	133	hemorrhoidal cream	134
haloette	34	hemorrhoidal h	134
haloperidol	78	hemorrhoidal higiene	134
haloperidol decanoate	78	hemorrhoidal relief	134
		hemorrhoidal(pe-min oil-petro)	134

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 05/05/2026.

heparin (porcine)	88	hydrocortisone butyrate	29
heparin, porcine (pf)	88	hydrocortisone plus	135
HEPLISAV-B (PF)	43	hydrocortisone-acetic acid	17
her style	134	hydrocortisone-aloe vera	135
herbiomed allergy cold-sinus	134	hydrocream	135
herbiomed severe cold-flu m-s	134	hydrolatum	135
HERNEXEOS	70	hydromet	135
hi-cal plus vit d	134	hydromorphone	53
HIBERIX (PF)	43	HYDROPHILIC PETROLATUM	135
high potency iron	134	HYDROPHOR	135
high potency multivit (w-iron)	134	hydroxocobalamin	135
high potency multivitamin	134	hydroxychloroquine	76
HISTEX PD	134	hydroxyurea	70
histex pe	134	hydroxyzine hcl	55
HISTEX-DM (PE)	134	hydroxyzine pamoate	92
home lice-bedbug-dust mite spr	134	hylavite	135
HUMIRA	43	HYRNUO	70
HUMIRA PEN	43		
HUMIRA(CF)	43	I	
HUMIRA(CF) PEN	43	i-prin	135
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	43	I-VITE	135
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	43	ibandronate	25
HUMULIN R U-500 (CONC) KWIKPEN	89	IBRANCE	70
HYCODAN (WITH HOMATROPINE)	135	IBTROZI	70
hydralazine	21	ibu	53
hydralyte	135	ibu-200	135
hydrating electrolyte	135	ibuprofen	53, 135
hydrochlorothiazide	21	ibuprofen cold-sinus(with pse)	135
hydrocodone-acetaminophen	53	ibuprofen ib	135
hydrocodone-chlorpheniramine	135	ibuprofen jr strength	135
hydrocodone-ibuprofen	53	ibuprofen pm	135
hydrocortisone	25, 29, 135	ibuprofen-acetaminophen	135
hydrocortisone acetate	135	ICAR	136
		ICAR-C	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 05/05/2026.

ICAR-C PLUS	136	INFANT'S TYLENOL	136
icatibant	43	infant-toddler multivit	136
iclevia	34	infant-toddler multivit-iron	136
ICLUSIG	70	infant-toddler multivitamin	136
IDHIFA	70	infants gas relief	136
iferex 150	136	infants profenib	136
iferex 150 forte	136	infants simethicone	136
igualtuss	136	infants' mylicon	136
ILEVRO	47	infants' pain and fever	136
imatinib	70	infants' pain relief	136
IMBRUVICA	70	INFUVITE ADULT	136
IMFINZI	70	INFUVITE PEDIATRIC	136
imipenem-cilastatin	58	INLEXZO	70
imipramine hcl	64	INLURIYO	70
imiquimod	29	INLYTA	70
IMJUDO	70	INQOVI	70
IMKELDI	70	INREBIC	70
IMODIUM A-D	136	INSULIN ASPART U-100	89
IMODIUM MULTI-SYMPTOM RELIEF	136	INSULIN LISPRO	89
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	43	INSULIN SYRINGE MICROFINE	51
IMPAVIDO	76	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	51
incassia	34	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	51
INCONTROL ALCOHOL PADS	51	INTEGRA F	136
INCRELEX	39	INTEGRA PLUS	136
indapamide	21	INTELENCE	81
indomethacin	53	intestinex	136
INFANRIX (DTAP) (PF)	43	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
infant's ibuprofen	136	invigoflex d	136
INFANT'S MOTRIN	136	inzo antifungal	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-\[www.humana.com/medicaredruglist\]\(https://www.humana.com/medicaredruglist\)](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

IONOSOL-MB IN D5W	85	ITOVEBI	70, 71
IPOL	43	itraconazole	66
ipratropium bromide	92, 93	IV PREP WIPES	51
ipratropium-albuterol	93	ivabradine	22
irbesartan	21	ivermectin	76, 137
irbesartan-hydrochlorothiazide	21	IWILFIN	71
iron	136	IXIARO (PF)	43
iron (ferrous sulfate)	136	J	
iron 100 plus	137	jaimiess	35
iron bisglycinate chelate	137	JAKAFI	71
iron chews	137	jantoven	88
iron folate plus	137	JANUMET	89
iron folate-f	137	JANUMET XR	89
iron,carbonyl-vitamin c	137	JANUVIA	89
is-d-10,000	137	JARDIANCE	89
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	89, 90
ISOLYTE-S	85	JENTADUETO XR	90
isoniazid	67	jock itch	137
isosorbide dinitrate	21	jock itch (clotrimazole)	137
isosorbide mononitrate	21	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
itch relief (pramoxine-zinc)	137	junel fe 1/20 (28)	35
itch stopping(diphenhydramine)	137	junel fe 24	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 05/05/2026.

JYLAMVO	43	KIMONO THIN LUBRICATED CONDOMS	138
JYNARQUE	85	kinderlyte	138
JYNNEOS (PF)	44	kindermed infants pain-fever	138
K			
k-pax immune support	137	kindermed kid night cold-cough	138
k-pec antidiarrheal (bism sub)	137	kindermed kids cough-congest	138
k2 plus d3	137	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)	137	klayesta	67
kaopectate ex str (bismuth ss)	137	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	137	klor-con m20	85
KERENDIA	22	KLOXXADO	26
KESIMPTA PEN	27	kobee	138
ketoconazole	66, 67	KOMZIFTI	71
ketorolac	47, 53	konsyl (sugar)	138
ketotifen fumarate	137	KONSYL DAILY FIBER (STEVIA)	138
keyfolic	137	KONSYL SUGAR-FREE	138
KEYTRUDA	71	KOSELUGO	71
KEYTRUDA QLEX	71	KRAZATI	71
kids multivitamin complete	137	kurvelo (28)	35
kids vitamin d3	137	L	
kids' gummy	137	l norgest/e.estradiol-e.estrad	35
KIMONO LUBRICATED CONDOMS	137	l-methyl-mc	138
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	137	l-methylfolate forte	138
KIMONO MICROTHIN CONDOMS	137	l. acidophilus-b. coagulans	138
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	137	l.acidoph,saliva-b.bif-s.therm	138
KIMONO TEXTURED CONDOMS	138	l.acidophilus-bifido.longum	138
		labetalol	22

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 05/05/2026.

lacosamide	61	leena 28	35
lactated ringers	85	leflunomide	44
lactobac acidoph-fructooligos	138	lenalidomide	71
lactobacillus acidoph-l. bifid	138	LENVIMA	71
lactobacillus acidoph-l.bulgar	138	lessina	35
lactobacillus acidophilus	138	letrozole	71
lactulose	31	leucovorin calcium	71
LAMISIL AT	138	LEUKERAN	72
lamivudine	81	leuprolide	41
lamivudine-zidovudine	81	leuprolide acetate (3 month)	41
lamotrigine	61	levalbuterol tartrate	93
LAMPIT	76	levetiracetam	61, 62
lanreotide	40	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	71	levocarnitine (with sugar)	85
larin 1.5/30 (21)	35	levocetirizine	93
larin 1/20 (21)	35	levofloxacin	58
larin 24 fe	35	levofloxacin in d5w	58
larin fe 1.5/30 (28)	35	levoleucovorin calcium	72
larin fe 1/20 (28)	35	levomefol-b6-meb12-algal oil	139
latanoprost	47	levomefolate calcium	139
lax stool softener with senna	138	levomefolate-algal oil	139
laxa basic	138	levonest (28)	35
laxacin	138	levonorg-eth estrad triphasic	35
laxaclear	138	levonorgestrel	139
laxative (bisacodyl)	138	levonorgestrel-ethinyl estrad	35
laxative (sennosides)	138	levora-28	35
laxative peg 3350	138	levothyroxine	40
laxative pills	139	LEVOXYL	40
laxative pills regular	139	LIBERVANT	62
LAZCLUZE	71	LIBTAYO	72

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 05/05/2026.

lice bedding spray	139	lithium citrate	48
lice complete kit 1-2-3	139	LITTLE ANIMALS	139
lice killing	139	little animals-iron	139
lice killing (permethrin)	139	little remedies fever and pain	139
lice pyrinyl shampoo	139	little remedies gas relief	139
lice solution	139	little tummys gas relief	139
lice treatment	139	LIVTENCITY	81
lice treatment (permethrin)	139	Imefol ca-acetyl-meb12-ldgal	139
lice-bedbug-mite bedding	139	LMX 5	139
lidocaine	54, 139	lo-zumandimine (28)	35
lidocaine hcl	54	LOCOID LIPOCREAM	29
lidocaine-epinephrine	54	LOESTRIN 1.5/30 (21)	35
lidocaine-prilocaine	54	LOESTRIN 1/20 (21)	35
LIFYORLI	72	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	35
linagliptin-metformin	90	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	36
linezolid	58	lohist - d	139
linezolid in dextrose 5%	58	lohist-dm	139
linezolid-0.9% sodium chloride	58	lojaimiess	36
lintera	139	LOKELMA	85
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	139	lopinavir-ritonavir	81
liquid b-12	139	LOQTORZI	72
liquid c	139	lorata-d	140
liquid calcium with vitamin d	139	lorata-dine d	140
liquid corn and callus remover	139	loratadine-d	140
liquituss gg	139	lorazepam	55
lisinopril	22	lorazepam intensol	55
lisinopril-hydrochlorothiazide	22	LORBRENA	72
lithium carbonate	48	loryna (28)	36

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 05/05/2026.

losartan	22	lyza	36
losartan-hydrochlorothiazide	22	M	
LOTEMAX SM	47	m-dryl	140
loteprednol etabonate	47	M-M-R II (PF)	44
lotrimin af	140	m-natal plus	85
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE)	140	m-pap	140
lotrimin af powder	140	MAALOX ADVANCED	140
LOTRIMIN ULTRA	140	maalox maximum strength	140
lovastatin	22	MAG 64	140
low-ogestrel (28)	36	mag-al plus	140
loxapine succinate	78	mag-al plus extra strength	140
lubiprostone	31	mag-delay	140
lubricant redness reliever	140	mag-g	140
ludent fluoride	140	magnesium	140
luizza	36	magnesium (oxide/aa chelate)	140
LUMAKRAS	72	magnesium amino acid chelate	140
LUMIFY	140	magnesium chloride	140
LUMIGAN	47	magnesium citrate	140, 141
lunitene	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	85, 141
lycopene	140	magnesium sulfate in d5w	85
lyleq	36	magnesium sulfate in water	85
lyllana	36	magnesium, potassium aspartate	141
LYNPARZA	72	MAGOX	141
lysiplex plus	140	MAGTAB	141
LYSODREN	72	malathion	29
LYTGOBI	72	mapap (acetaminophen)	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 05/05/2026.

mapap cold formula	141	mega multi for women	142
maraviroc	81	mega multiple/chelated mineral	142
MARGENZA	72	mega multivitamin for men	142
marlissa (28)	36	megestrol	36
MARPLAN	64	MEKINIST	72
MATULANE	72	MEKTOVI	72
maxallergy kids	141	meleya	36
maxi-tuss ac	141	meloxicam	53
maxi-tuss g	141	memantine	17
maxi-tuss gmx	141	men 50 plus advanced one daily	142
maxi-tuss jr	141	men 50 plus multivitamin	142
maxi-tuss pe	141	men under 50 multivitamin	142
maxi-tuss pe jr	141	men's 50 plus daily formula	142
maxi-tuss pe max	141	men's 50 plus multivitamin	142
maxi-tuss tr	141	men's daily formula	142
maximum strength cold-flu	141	men's daily gummies	142
maxrelief junior	141	men's multivitamin	142
maxtussin	141	men's multivitamin gummies	142
maxtussin dm	141	men's one daily	142
me-thfolate glucos-mecobalamin	141	MEN'S PACK	142
meclizine	65, 142	MENEST	36
mecobalamin (vitamin b12)	142	MENQUADFI (PF)	44
medi-meclizine	142	menstrual complete	142
MEDI-PADS	142	menstrual pain relief	142
medi-seltzer	142	menstrual relief	142
medicated pads	142	menstrual relief(pamabr-pyrid)	142
medicated wipes	142	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	44
medicidin-d	142	mercaptopurine	72
mediplast corn-callus-wart	142	MERIBIN	142
mediproxen	142	meropenem	58
medroxyprogesterone	36	meropenem-0.9% sodium chloride	59
mefloquine	76	mesalamine	25, 26
mega biotin	142	mesna	72

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 05/05/2026.

META APPETITE CTRL (ASPARTAME)	142	metronidazole	59
metafolbic	143	metronidazole in nacl (iso-os)	59
metafolbic plus	143	metyrosine	22
metafolbic plus rf	143	mg217 psoriasis (coal tar)	143
METAMUCIL	143	mgo	143
metamucil (sugar)	143	micafungin	67
metamucil (with sugar)	143	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	67
METAMUCIL FREE (WITH SUGAR)	143	micatin	143
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	143	miclara dm	143
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	143	miclara lq	143
metamucil sunrise	143	micomitin	143
METANX (ALGAL OIL)	143	miconazole nitrate	143
metformin	90	miconazole-3	67, 143
methadone	53	miconazole-3 prefil,cream,wipe	143
methadone intensol	53	miconazole-7	143
methazolamide	47	miconazole-skin clnsr17	143
methenamine hippurate	59	miconazorb af	143
methimazole	41	micotrin ac	143
methocarbamol	91	micotrin al	144
methotrexate sodium	44	micotrin ap	144
methotrexate sodium (pf)	44	micro-guard	144
methsuximide	62	microflor 33	144
methyl dopa	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
metoclopramide hcl	65	MIDOL MAX ST MENSTRUAL	144
metolazone	22	midol pm	144
metoprolol succinate	22	mifepristone	51
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22	migraine formula	144
metoprolol tartrate	22	migraine relief	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 05/05/2026.

mili	36	morphine	53
milk of magnesia	144	morphine concentrate	53
milk of magnesia concentrated	144	motion sickness	144
milltrium senior	144	motion sickness (meclizine)	144
mimvey	36	motion sickness relief	144
mineral oil	144	motion sickness relief(mecliz)	144
mineral oil extra heavy	144	motion-time	144
mineral oil heavy	144	motrin dual action w-tylenol	144
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	144	moxifloxacin	47, 59
MIRENA	51	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	59
mirtazapine	64	MRESVIA (PF)	44
misoprostol	31	mtx support	145
mitomycin	72	mucilin sf	145
mix-in laxative	144	MUCINEX	145
modafinil	48	MUCINEX COLD,FLU,SORE THROAT	145
MODEYSO	72	mucinex cough-chest congest hb	145
moexipril	22	MUCINEX D	145
moi-stir	144	MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH	145
molindone	78	MUCINEX DM	145
mometasone	29, 93	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU	145
mondoxyne nl	59	MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	145
monistat 1 (tioconazole)	144	mucinex fast-max cong-ha (dm)	145
MONISTAT 3	144	mucinex fast-max dm max	145
MONISTAT 7	144	mucinex fast-max kick cong-cgh	145
monistat care (hydrocortisone)	144	mucinex fast-max sv cong-cough	145
mono-linyah	36	mucinex sinus-max cng-pain(dm)	145
montelukast	93	MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	145
more-dophilus	144	mucinex sinus-max pressure-cgh	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 05/05/2026.

mucinex sinus-max sev congestn	145	multi-vit with fluoride-iron	146
mucosa	145	multi-vitamin hp/minerals	146
mucosa dm	145	multi-vitamin with fluoride	146
mucus d	145	multi-vite	146
mucus dm	145	multigen	146
mucus dm max er	145	multigen folic	146
mucus relief	145	multigen plus	146
mucus relief cold and sinus	145	multihealth fiber	146
mucus relief cold-flu-sore thr	145	multihealth fiber (sugar)	146
mucus relief congestion-cough	145	multiple vitamin-minerals	146
mucus relief d (pseudoephed)	145, 146	multiple vitamins	146
mucus relief dm	146	multivit with min-folic acid	146, 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	29
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	72
MULTI-DAY PLUS MINERALS	146	my choice	147
multi-day with iron	146	my way	147
multi-purpose ointment	146	my-vitalife	147
multi-symptom cold (pe)	146	myco nail a	147
multi-symptom relief eye	146	mycophenolate mofetil	44
multi-symptom severe cold-nt	146	mycophenolate mofetil (hcl)	44

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 05/05/2026.

mycophenolate sodium	44	natural fiber laxative	148
mycozyl ac	147	natural fiber laxative (sugar)	148
mycozyl al	147	natural fiber laxative(aspart)	148
mycozyl ap	147	natural fiber supplement	148
myferon 150	147	natural oatmeal bath treatment	148
myferon 150 forte	147	natural senna laxative	148
mylanta gas	147	natural veg laxative(sennosid)	148
mylanta maximum strength	147	nausea control	148
mynephrocaps	147	nausea relief	148
mynephron	147	NAUZENE UPSET STOMACH-NAUSEA	148
myo-tone	147	NAYZILAM	62
MYRBETRIQ	32	neбиволол	22
		necon 0.5/35 (28)	36
		nefazodone	64
		neo-vital rx	85
		neomycin	59
		neomycin-bacitracin-poly-hc	47
		neomycin-bacitracin-polymyxin	47
		neomycin-polymyxin b-dexameth	47
		neomycin-polymyxin-gramicidin	47
		neomycin-polymyxin-hc	17, 47
		NEONATAL COMPLETE	85
		NEONATAL PLUS VITAMIN	85
		NEONATAL-DHA	85
		neosporin (neo-bac-polym)	148
		neosporin plus burn relief	148
		NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	148
		NEOSPORIN-PAIN ITCH SCAR	148
		nephro vitamins	148
		NEPHRO-VITE	148
		NERLYNX	72
		NEURIN-SL	148
		NEUTROGENA OIL-FREE ACNE WASH	148

N

nabumetone	54		
nadolol	22		
nafcillin	59		
nafcillin in dextrose iso-osm	59		
naloxone	26, 147		
naltrexone	26		
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	51		
NANO PEN NEEDLE	51		
naproxen	54		
naproxen sodium	54, 147		
naramin	147		
naratriptan	18		
NARCAN	147		
nasal decongestant (pe)	147		
nasal decongestant (pseudoeph)	147, 148		
NATACYN	47		
NATAZIA	36		
nateglinide	90		
natura-lax	148		
natural daily fiber	148		

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 05/05/2026.

NEUTROGENA T/SAL	148	nite-time cold-flu	149
nevirapine	81	nitetime multi-symptom	149
new day	148	nitisinone	94
NEXAFED	148	nitrofurantoin macrocrystal	59
NEXLETOL	22	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	59
NEXLIZET	22	nitroglycerin	23, 51
NEXPLANON	36	niva-fol	149
niacin	22	niva-plus	149
niacor	22	nivanex dmx	149
NICOMIDE (SELENIUM-CHROMIUM)	148	NIVESTYM	88
nicotinamide (with chromium)	148	NIX CREME RINSE	149
NICOTROL NS	26	NIX ULTRA TREATMENT-PREVENTION	149
nifedipine	22, 23	nizatidine	31
night time cold and flu relief	148	nizoral psoriasis	149
night time pain medicine	148	noble formula	149
nighttime allergy relief	148	noble formula hc	149
nighttime cold-flu	148	nohist-dm	149
nighttime cold-flu relief	149	nohist-lq	149
nighttime cough	149	non-aspirin	149
nikki (28)	36	non-aspirin extra strength	149
nilotinib d-tartrate	72	non-aspirin pain relief	149
nilotinib hcl	72	non-aspirin pm	149
nilutamide	72	NORA-BE	36
nimodipine	23	norelgestromin-ethin.estradiol	36
ninjacof-xg	149	noreth-ethinyl estradiol-iron	36
NINLARO	73	norethindrone (contraceptive)	36
nintedanib	93	norethindrone ac-eth estradiol	37
nitazoxanide	76	norethindrone acetate	37
nite time cold-flu	149	norethindrone-e.estradiol-iron	37
nite time cold-flu relief	149	norgestimate-ethinyl estradiol	37
nite time cold-flu relief (pe)	149	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	85
nite time cough	149	NORMOSOL-R	85
nite time-d cold-flu relief	149	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	85

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 05/05/2026.

NORMOSOL-R PH 7.4	86	nylia 7/7/7 (28)	37
nortemp	149	nystatin	67
nortrel 0.5/35 (28)	37	nystatin-triamcinolone	67
nortrel 1/35 (21)	37	nystop	67
nortrel 1/35 (28)	37	O	
nortrel 7/7/7 (28)	37	ocella	37
nortriptyline	64	octreotide acetate	41
NORVIR	81	octreotide,microspheres	41
norwegian cod liver oil	149	ocutabs	149
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	90	ocuvite with lutein	150
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	90	ODEFSEY	81
NOVOLIN N FLEXPEN	90	ODOMZO	73
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	90	odor control foot-sneaker	150
NOVOLIN R FLEXPEN	90	ofloxacin	17, 47, 59
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	90	OGSIVEO	73
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	90	OJEMDA	73
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	90	OJJAARA	73
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	90	olanzapine	78
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	90	olmesartan	23
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	90	olmesartan-amlodipin-hcthiazid	23
NOVOPEN ECHO	51	olmesartan-hydrochlorothiazide	23
np thyroid	40	olopatadine	150
NU-IRON	149	omega-3 acid ethyl esters	23
NUBEQA	73	omeprazole	31
NUCALA	93	omnicap	150
NUEDEXTA	27	OMNIPOD 5 (G6/LIBRE 2 PLUS)	51
numbcream	149	OMNIPOD 5 G6-G7 INTRO KT(GEN5)	51
NUPERCAINAL	149	OMNIPOD 5 G6-G7 PODS (GEN 5)	51
NUPLAZID	78	OMNIPOD 5 INTRO(G6/LIBRE2PLUS)	51
nusyllium	149	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	51
NUTRILIPID	86	OMNIPOD DASH INTRO KIT (GEN 4)	51
nyamyc	67	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	51
nylia 1/35 (28)	37	OMNIPOD GO PODS	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 05/05/2026.

OMNIPOD GO PODS 10 UNITS/DAY	51	ONE STEP OVULATION TEST	150
OMNIPOD GO PODS 15 UNITS/DAY	51	ONE STEP PREGNANCY TEST	150
OMNIPOD GO PODS 20 UNITS/DAY	51	one-a-day cholesterol plus	150
OMNIPOD GO PODS 25 UNITS/DAY	51	one-a-day essential	150
OMNIPOD GO PODS 30 UNITS/DAY	51	one-a-day maximum formula	150
OMNIPOD GO PODS 40 UNITS/DAY	51	ONE-A-DAY MEN VITACRAVES	150
OMNITROPE	39	one-a-day men's pro edge	150
oncovite	150	one-a-day teen advantage	150
ondansetron	65	ONE-A-DAY VITACRAVES	151
ondansetron hcl	65	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	150	OPDIVO QVANTIG	73
one daily plus iron	150	OPDUALAG	73
ONE DAILY PLUS MINERALS	150	OPIPZA	78
one daily prenatal	150	OPSUMIT	93
one daily women 50 plus	150	OPTIFLEX-G	151
one daily women 50 plus(vit k)	150	optimal d3	151
one daily women's	150	option-2	151
one daily women's health	150	OPVEE	26
one daily womens 50 plus	150	oral saline laxative	151
one natal rx	86	oralyte	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 05/05/2026.

ORGOVYX	73	pain relief pm	152
orquidea	37	pain relief pm (w-aspirin)	152
ORSERDU	73	pain relief pm rapid release	152
ortho df	151	pain reliever (acetam-aspirin)	152
oseltamivir	81, 82	pain reliever (acetaminophen)	152
OSTEO BI-FLEX (5-LOXIN)	151	pain reliever es(acetaminophn)	152
OTULFI	44	pain reliever plus	152
OVULATION TEST	151	pain reliever pm ex-strength	152
oxacillin	59	pain-off	152
oxacillin in dextrose(iso-osm)	59	paliperidone	78, 79
oxcarbazepine	62	panoxyl	152
oxybutynin chloride	32	panoxyl (salicylic acid)	152
oxycodone	54	PANRETIN	73
oxycodone-acetaminophen	54	pantoprazole	31
oysco 500/d	151	pantoprazole in 0.9% sod chlor	31
oyster shell + d3	151	paricalcitol	25
oyster shell calcium	151	paroxetine hcl	64, 65
oyster shell calcium 500	151	PATADAY ONCE DAILY RELIEF	152
oyster shell calcium and mag	151	PATADAY TWICE DAILY RELIEF	152
oyster shell calcium-vit d3	151	PAXLOVID	82
oystercal-d	151	pazopanib	73
OZEMPIC	90	PDG OVULATION CONFIRM TEST	152
P			
P AND S (SALICYLIC ACID)	151	pecgen dmx	152
p-col rite	151	pecgen pse	152
PACERONE	23	pedi multivit no.194-iron sulf	152
pain and sleep	151	pedia d-vite	152
pain relief (acetaminophen)	151	pedia iron	152
pain relief (aspirin-caffeine)	151	PEDIA POLY-VITE WITH IRON	152
pain relief (ibuprofen)	152	pedia tri-vite	152
pain relief adult	152	pedia-lax stool softener	152
pain relief cold and cough	152	PEDIACLEAR PD	152
pain relief es (acetaminophen)	152	PEDIALYTE	152
		PEDIALYTE ADVANCED CARE	152

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 05/05/2026.

PEDIALYTE FREEZER POPS	152	perampanel	62
PEDIALYTE IMMUNE SUPPORT	152	percogesic backache relief	153
PEDIALYTE SINGLES	152	percogesic extra strength	153
PEDIARIX (PF)	44	PERIKABIVEN	86
pediatric d-vite	152	perindopril erbumine	23
pediatric electrolyte	152	periogard	28
pediatric enema	152	PERJETA	73
pediatric freezer pops	153	permethrin	29
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	153
PEMAZYRE	73	pharbedryl	153
PEN NEEDLE, DIABETIC	51	pharbetol	153
PENBRAYA (PF)	44	pharbinex-dm	153
penicillamine	86	PHAZYME	153
penicillin g pot in dextrose	59	phenazopyridine	153
penicillin g potassium	59	phenelzine	65
penicillin g sodium	59	phenobarbital	62
penicillin v potassium	59	phenylephrine hcl	153
PENMENVY MEN A-B-C-W-Y (PF)	44	phenylephrine-dm-guaifenesin	153
PENTACEL (PF)	44	phenytoin	62
pentamidine	76	phenytoin sodium	62
pentoxifylline	23	phenytoin sodium extended	62
pep-t-med	153	philith	37
PEPCID AC	153	phillips	153
PEPCID AC MAXIMUM STRENGTH	153	PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	153
PEPCID COMPLETE	153	phillips' liqui-gels	153
PEPTO-BISMOL	153	PHOS-NAK	153
PEPTO-BISMOL MAX ST	153	phosphate laxative	153
PEPTO-BISMOL TO-GO	153	phosphorous supplement	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](https://www.humana.com/medicaredruglist).



Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

phytonadione (vitamin k1)	153	poly-vita drops	154
PIFELTRO	82	poly-vita with iron	154
pilocarpine hcl	28, 47	polycin	48
pimecrolimus	29	polyethylene glycol 3350	154
pimozide	79	polymyxin b sulf-trimethoprim	48
pimtrea (28)	37	polymyxin b sulfate	59
pinaway	153	polysaccharide iron complex	154
pink bismuth	154	POLYSPORIN	154
pink bismuth maximum strength	154	POLYTUSSIN DM(DEXBROMPHENIRMIN)	154
pinrid	154	pomalidomide	73
pinworm treatment	154	portia 28	37
pioglitazone	90	PORTRAZZA	73
pioglitazone-metformin	90	posaconazole	67
piperacillin-tazobactam	59	posture-d (with magnesium)	154
PIQRAY	73	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	86
PLASMA-LYTE 148 PH 7.4	86	potassium chloride in lr-d5	86
PLASMA-LYTE A	86	potassium chloride in water	86
PLENAMINE	86	potassium chloride-0.45 % nacl	86
pm pain relief	154	potassium chloride-d5-0.2%nacl	86
pnv no.95-ferrous fumarate-fa	154	potassium chloride-d5-0.9%nacl	86
podofilox	30	potassium citrate	86, 154
poison ivy dual action	154	potassium gluconate	154
poison ivy treatment	154	potassium, sodium phosphates	154
polocaine	54	POTELIGEO	73
polocaine-mpf	54	powderlax	154
poly bacitracin (zinc)	154	pr natal 400	86
poly-iron	154	pr natal 400 ec	86
poly-iron 150 forte	154	pr natal 430	86
POLY-VI-SOL	154	pr natal 430 ec	86

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 05/05/2026.

pramipexole	19	pregnancy test	154
pramoxine	154	pregmarin	37
prasugrel hcl	88	premasol 10 %	86
pravastatin	23	prenata	86
praziquantel	76	prenatabs fa	87
prazosin	23	prenatal	154, 155
pre-menstrual relief	154	prenatal + dha	155
PREBIOTIC FIBER	154	prenatal 19	155
prednisolone	39	prenatal complete	155
prednisolone acetate	48	prenatal formula	155
prednisolone sodium phosphate	39, 48	prenatal gummies	155
prednisone	39	prenatal gummies (dha-epa)	155
prednisone intensol	39	prenatal gummies(zinc chelate)	155
pregabalin	27	prenatal multi	155
PRENATAL	86	prenatal multi-dha (algal oil)	155
PRENATAL PLUS VITAMIN-MINERAL	87	prenatal multi-dha(with vit k)	155
PRENATAL TABLET	155	prenatal multivitamins	155
PRENATAL VIT NO.179-IRON-FOLIC	155	prenatal one daily	155
PRENATAL VIT-IRON FUM-FOLIC AC	155	prenatal plus (calcium carb)	87
PRENATAL VITAMIN	155		
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON	155		
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS	155		
PRENATAL WITH DHA-FOLIC ACID	155		
PRENATE ELITE	87		
PREPARATION H	155		
PREPARATION H (PE)	155		
PREPARATION H (WITCH HAZEL)	155		
PREPARATION H HYDROCORTISONE	155		
PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL)	155		
PREPARATION H(PE,CB)	155		
PRES GEN	155		
PRES GEN PEDIATRIC	155		
PRESERVISION AREDS	155		
PRESGEN B	155		
PRESSURE AND PAIN PE	155		
PRESSURE-PAIN PE PLUS COLD	156		
PRESSURE-PAIN PE PLUS MUCUS	156		
PREVALITE	23		
PREVYMIS	82		
PREZCOBIX	82		
PREZISTA	82		
PRIFTIN	67		
PRIMAQUINE	76		
PRIMIDAR	156		
PRIMIDONE	62		
PRIMSOL	59		
PRIORIX (PF)	44		
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	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 05/05/2026.

PRO-COMFORT ALCOHOL PADS	51	promolaxin	156
probenecid	17	propafenone	23
probenecid-colchicine	17	propranolol	23
probiotic	156	propylthiouracil	41
probiotic acidophilus	156	PROQUAD (PF)	44
probiotic acidophilus (4 strn)	156	PROSOL 20 %	87
probiotic acidophilus beads	156	protective ointment	156
PROBIOTIC ACIDOPHILUS-PECTIN	156	protriptyline	65
probiotic colon support	156	pseudoephedrine hcl	156
probiotic complex	156	pseudoephedrine-guaifenesin	156
probiotic digest supp (6-strn)	156	psoriasis	156
probiotic digest(lacto,bifido)	156	psoriasis medicated	156
probiotic digestive system sup	156	psoriatar	156
probiotic pearls	156	psyllium husk	156
probiotic-digestive enzymes	156	psyllium husk (with sugar)	156
probizen	156	PULMOZYME	93
prochlorperazine	66	pure and gentle (mineral oil)	157
prochlorperazine edisylate	66	pure and gentle (saline)	157
prochlorperazine maleate	66	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	51
procto-med hc	30	purelax	157
PROCTOFOAM	156	purevit dualfe plus	157
proctosol hc	30	PURIXAN	73
proctozone-hc	30	pyrazinamide	67
profola	156	pyridostigmine bromide	18
progesterone	37	pyridoxine (vitamin b6)	157
progesterone micronized	37	pyrilamine-dextromethorphan	157
PROGRAF	44	pyrimethamine	77
PROLIA	25		
PROMACTA	88		
PROMELLA	156		
promethazine	66		
promethazine-codeine	156		
promethazine-dm	156		

Q

QINLOCK	73
QUADRACEL (PF)	44
quetiapine	79
quinapril	23
quinapril-hydrochlorothiazide	23

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 05/05/2026.

quinidine sulfate	23	remedy antifungal	157
quinine sulfate	77	remedy phytoplex antifungal	157
quintabs	157	rena-vite	157
quintabs-m iron free	157	rena-vite rx	157
QULIPTA	18	renal caps	157
R			
RABAVERT (PF)	44	renal vitamin	158
rabeprazole	31	renal-vite	158
RALDESY	65	renewal bath treatment	158
raloxifene	37	reno caps	158
ramelteon	48	repaglinide	90
ramipril	23	REPATHA PUSHTRONEX	23
ranolazine	23	REPATHA SURECLICK	23
rapid clear treatment pads	157	REPATHA SYRINGE	23
rasagiline	19	RESCON-GG	158
ready-to-use enema	157	RESPA-AR	158
ready-to-use enema (min oil)	157	RETACRIT	88
reclipsen (28)	37	retaine allergy	158
RECOMBIVAX HB (PF)	44, 45	RETEVMO	73
rectasmoothe	157	RETROVIR	82
RECTICARE	157	REVCovi	94
redness relief	157	REVEAL GET PREGNANT QUICK	158
redness reliever eye drops	157	REVEAL OVULATION PREDICTOR	158
redness reliever lubricant	157	REVEAL OVULATION TEST	158
reese's pinworm medicine	157	REVEAL PREGNANCY TEST	158
refenesen	157	REVUFORJ	74
refenesen dm	157	REXTOVY	26
refenesen pe	157	REXULTI	79
regener-eyes pro	157	REYATAZ	82
reguloid (aspartame)	157	REZDIFFRA	51
reguloid (psyllium husk)	157	REZLIDHIA	74
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)	157	RHOPRESSA	48
RELENZA DISKHALER	82	RIABNI	74
		ribavirin	82

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 05/05/2026.

riboflavin (vitamin b2)	158	ROBITUSSIN NIGHTTIME COUGH DM	158
rid lice killing	158	robitussin sevr cough-cold-flu	158
rifabutin	67	ROCKLATAN	48
rifampin	67	roflumilast	93
rilpivirine hcl	82	rompe pecho max multi symptoms	158
riluzole	27	ROMVIMZA	74
rimantadine	82	rondec-d	158
ringer's	87	ropinirole	19
ringworm	158	ropivacaine (pf)	54
RINVOQ	45	rosuvastatin	23
RINVOQ LQ	45	ROTARIX	45
RISA-BID	158	ROTATEQ VACCINE	45
risacal-d	158	roweepra	62
risaquad-2	158	ROZLYTREK	74
risedronate	25	ru-hist d	158
RISPERDAL CONSTA	79	RUBRACA	74
risperidone	79	rufinamide	62
risperidone microspheres	79	RUKOBIA	82
ritonavir	82	RUXIENCE	74
rivaroxaban	88	RYBELSUS	90
rivastigmine	17	RYBREVANT	74
rivastigmine tartrate	17	RYBREVANT FASPRO	74
rizatriptan	18	rycontuss	158
robafen cf (phenylephrine)	158	RYDAPT	74
robafen dm	158	rydex	158
robitussin cold-flu night (pe)	158	rynex dm	159
robitussin cough and cold cf	158	rynex pe	159
robitussin cough-chest cong dm	158	rynex pse	159
robitussin cough-sore throat	158		
robitussin honey cgh-flu-sore	158	S	
robitussin honey max dm	158	sacubitril-valsartan	23
robitussin long-acting	158	safe tussin dm	159
robitussin max 12h cough-mucus	158	SAFETUSSIN PM	159
		sajazir	45

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 05/05/2026.

SANDIMMUNE	45	senna lax	159
SANDOSTATIN LAR DEPOT	41	senna laxative	159
SANTYL	30	senna leaf	159
sapropterin	94	senna leaf extract	159
SARCLISA	74	senna plus	159
scalp relief	159	senna-s	159
scalp relief (hydrocortisone)	159	senna-time s	159
scalpicin anti-itch	159	sennosides	159, 160
SCEMBLIX	74	sennosides-docusate sodium	160
scooby-doo one a day	159	SENOKOT	160
scopolamine base	66	SENOKOT-S	160
SCOT-TUSSIN DM	159	sentry	160
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	159	sentry senior	160
SCOT-TUSSIN SENIOR	159	sertraline	65
SCYTERA	159	setlakin	37
se-natal 19 chewable	87	severe allergy	160
se-tan plus	159	severe allergy-sinus headache	160
sebex	159	severe cold	160
SECUADO	79	severe cold and flu (pe)	160
secura antifungal extra thick	159	severe cold and flu nighttime	160
secura protective	159	severe cold and flu(day/night)	160
selegiline hcl	19	severe cold and flu-day (dm)	160
selenium sulfide	30	severe cold multi-symptom	160
selsun blue	159	severe cold pe	160
selsun blue (pyrithione zinc)	159	severe congestion relief	160
selsun blue (salicylic acid)	159	severe cough-congestion	160
selsun blue 2-in-1	159	severe sinus	160
selsun blue moisturizing	159	shake that ache	160
selsun blue naturals	159	sharobel	37
SELZENTRY	82	SHINGRIX (PF)	45
senexon-s	159	SIGNIFOR	41
senior tabs	159	sildenafil (pulm.hypertension)	93
senna	159	silodosin	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 05/05/2026.

silver sulfadiazine	30	skintegrity skin	161
SIMBRINZA	48	SKLICE	161
simethicone	160	SKYRIZI	45
simliya (28)	37	slow release iron	161
simpesse	37	SLOW-MAG	161
simvastatin	24	SMOFLIPID	87
sinus 12 hour	160	smooth antacid	161
sinus and allergy pe	160	smooth texture fiber	161
sinus and cold-d.....	160	smoothlax	161
sinus congestion and pain	160	sodium bicarbonate	87, 161
sinus congestion-pain (ibu-pe)	160	sodium chloride	52, 87, 161
sinus congestion-pain(chlorph)	160	sodium chloride 0.45 %	87
sinus congestion-pain(guaif)	160	sodium chloride 0.9 %	87
sinus daytime-nighttime	160	sodium chloride 3 % hypertonic	87
sinus decongestant (pe)	160	sodium chloride 5 % hypertonic	87
sinus headache pe	160	sodium oxybate	48
sinus pain-pressure (pe)	160	sodium phenylbutyrate	94
sinus pe decongestant	161	sodium phosphate	87
sinus pe pressure-pain-cold	161	sodium polystyrene sulfonate	87
sinus pressure-cong relief pe	161	sodium,potassium,mag sulfates	31
sinus relief (non-drowsy)	161	solarhist	161
sinus relief max str day-night	161	solifenacin	32
sinus relief pressure and pain	161	SOLQUA 100/33	91
sinus-headache day-night	161	SOLTAMOX	74
sinutrol pe	161	SOLU-MEDROL	39
sirolimus.....	45	SOLU-MEDROL (PF)	40
SIRTURO	68	soluble fiber	161
sitagliptin phos-metformin	91	soluvita a,c,d with fluoride	161
skin protectant a and d	161	soluvita multivitamin fluoride	161
skin protectant a-d (pet, lan)	161	SOMAVERT	41
skin protectant petrolatum	161	soothe (bismuth subsalicylate)	161
skin success anti-acne	161	soothe and cool skin paste	161
skin treatment	161	soothe regular strength.....	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 05/05/2026.

soothing bath treatment	161	stomach relief	162
soothing pureway-c	161	stomach relief max strength	162
sorafenib	74	stomach relief original	162
sorbitol-mannitol	52	stool softener	162
sorbugen nr	162	stool softener (docusate cal)	162
sotalol	24	stool softener-laxative	162
sotalol af	24	stool softener-stimulant laxat	162
spectravite adult	162	stop lice	162
spectravite adult 50 plus	162	strawberry c	162
spectravite adult 50 plus(lut)	162	STRENSIQ	94
spectravite advanced formula	162	streptomycin	59
spectravite men 50 plus	162	STRESS B WITH ZINC	162
spectravite men's	162	stress b-complex	162
spectravite women	162	STRESS FORMULA	162
spectravite women 50 plus	162	STRESS FORMULA WITH ZINC	162
SPIRIVA RESPIMAT	93	STRIBILD	82
SPIRIVA WITH HANDIHALER	93	STRIVERDI RESPIMAT	93
spironolacton-hydrochlorothiaz	24	SUBVENITE	62
spironolactone	24	subvenite starter (blue) kit	62
sprintec (28)	37	subvenite starter (green) kit	63
SPRITAM	62	subvenite starter (orange) kit	63
SPS (WITH SORBITOL)	87	sucralfate	31
sronyx	37	SUDAFED	162
SSD	30	SUDAFED 12 HOUR	162
st joseph aspirin	162	SUDAFED PE	162
st. joseph aspirin	162	SUDAFED PE HEAD CONGESTION-FLU	162
stahist t	162	SUDAFED PE HEAD CONGESTN-MUCUS	163
stavudine	82	sudafed pe head congestn-pain	163
STELARA	45	SUDAFED PE PRESSURE-PAIN	163
sterile eye drops	162	sudafed sinus 12hr pressr-pain	163
stimulant laxative plus	162	sudogest	163
STIOLTO RESPIMAT	93	sudogest 12-hour	163
STIVARGA	74	sudogest cold and allergy	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 05/05/2026.

SUFLAVE	31	surebiotic	163
sulfacetamide sodium	48, 59	SURFAK	163
sulfacetamide sodium (acne)	59	SUTAB	31
sulfacetamide-prednisolone	48	swim ear	163
sulfadiazine	59	swimmer's instant ear dry	163
sulfamethoxazole-trimethoprim	59, 60	syeda	37
sulfasalazine	26	SYMBICORT	93
SULFO-LO	163	SYMPAZAN	63
sulindac	54	SYMTUZA	82
sumatriptan	18	SYNJARDY	91
sumatriptan succinate	18	SYNJARDY XR	91
sunitinib malate	74	SYNTHROID	40
SUNLENCA	82	T	
super b maxi complex	163	tab-a-vite	163
SUPER B/C	163	TAB-A-VITE MULTIVITAMIN W-IRON	163
super calcium	163	TABLOID	74
SUPER DAILY D3	163	TABRECTA	74
SUPER MULTIVITAMIN	163	tacrolimus	30, 45
super probiotic	163	tadalafil	32
super quintis	163	tadalafil (pulm. hypertension)	93
super quintis b-50	163	TAFINLAR	74
super thera vite m	163	TAGAMET HB	163
suphedrin	163	TAGRISSO	74
suphedrine	163	TAKE ACTION	163
suphedrine 12 hour	163	TALICIA	31
suphedrine pe cold and allergy	163	TALZENNA	74
suphedrine pe sinus and allergy	163	tamoxifen	74
suphedrine pe sinus headache	163	tamsulosin	32
support	163	TANDEM PLUS	163
SUPPORT-500	163	targeted acne spot treatment	164
SUPRESS DX	163	tarina 24 fe	37
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	52	tarina fe 1-20 eq (28)	37
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	52	tarina fe 1/20 (28)	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 05/05/2026.

taron forte	164	thera antifungal	164
tasimelteon	48	thera tears sterilid	164
tazarotene	30	thera-d	164
taztia xt	24	THERA-M (WITH VITAMIN K)	164
TAZVERIK	74	thera-tabs	164
TDVAX	45	thera-vite max-m	164
TECENTRIQ	74	THERAFLU EXPRESSMAX COLD DAY	164
TECENTRIQ HYBREZA	74	theraflu expressmax cold night	164
tecnu rash relief	164	theraflu expressmax sv cld-flu	164
teeny tummy infant gas relief	164	theraflu svr cld rlf dy(pe-dm)	164
TEFLARO	60	theraflu-d flu relief day	164
telmisartan	24	theragran-m premier 50 plus	164
telmisartan-amlodipine	24	theralogix companion	164
telmisartan-hydrochlorothiazid	24	therapeutic dandruff shampoo	164
temazepam	48	therapeutic t plus	164
TENIVAC (PF)	45	therapeutic-m	164
tenofovir disoproxil fumarate	82	theratrum complete 50 plus-lyc	164
tension headache	164	theratrum complete 50 plus/lut	164
tension headache pain reliever	164	theratrum complete with lutein	164
TEPMETKO	74	THEREMS MULTIVITAMIN	164
terazosin	24	thiamine hcl (vitamin b1)	164
terbinafine hcl	67, 164	thiamine mononitrate (vit b1)	164
terconazole	67	thioridazine	79
teriflunomide	27	thiothixene	79
testosterone	37, 38	tiadylt er	24
testosterone cypionate	38	tiagabine	63
testosterone enanthate	38	TIBSOVO	75
tetrabenazine	27	ticagrelor	88
TEVIMBRA	74	TICOVAC	45
THALOMID	75	tigecycline	60
the magic bullet	164	tilia fe	38
theophylline	93	timolol	48
thera	164	timolol maleate	24, 48

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 05/05/2026.

timolol maleate (pf)	48	travel-ease (meclizine)	165
TINACTIN	164, 165	travoprost	48
tinidazole	60	TRAZIMERA	75
tioconazole	165	trazodone	65
tioconazole-1	165	TRECTOR	68
TIVICAY	82	TRELEGY ELLIPTA	93
TIVICAY PD	82	TRELSTAR	41
tizanidine	17	TREMFYA	45
tm-daily vite	165	TREMFYA ONE-PRESS	45
tobramycin	48	TREMFYA PEN	45
tobramycin in 0.225 % nacl	60	TREMFYA PEN INDUCTION PK(2PEN)	45
tobramycin sulfate	60	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	91
tobramycin-dexamethasone	48	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	91
toe area treatment antifungal	165	TRESIBA U-100 INSULIN	91
tolcycen	165	tretinoin	30
tolnafi-al	165	tretinoin (antineoplastic)	75
tolnaftate	165	tri-buffered aspirin	165
tolterodine	32	tri-estarylla	38
topiramate	63	tri-legest fe	38
toremifene	75	tri-lynyah	38
torpenz	75	tri-lo-estarylla	38
torseamide	24	tri-lo-marzia	38
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	91	tri-lo-mili	38
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	91	tri-lo-sprintec	38
TPN ELECTROLYTES	87	tri-mili	38
TRADJENTA	91	tri-sprintec (28)	38
tramadol	54	TRI-VI-SOL	165
trandolapril	24	tri-vitamin with fluoride	165
trandolapril-verapamil	24	tri-vite with fluoride	165
tranexamic acid	88	tri-vylibra	38
tranylcypromine	65	tri-vylibra lo	38
TRAVASOL 10 %	87	triacetin	165
travel sickness	165	triamcinolone acetonide	28, 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 05/05/2026.

triamterene	24	TROJAN BARESKIN	166
triamterene-hydrochlorothiazid	24	TROJAN EXTENDED PLEASURE	166
tricon	165	TROJAN MAGNUM CONDOMS	166
triderm	40	TROJAN PLEASURE PACK	166
trientine	87	TROJAN ULTRA RIBBED CONDOM	166
trifluoperazine	79	TROJAN ULTRA THIN	166
trifluridine	48	TROJAN ULTRA THIN SPERMICIDAL	166
trigels-f forte	165	TROJAN VERY THIN LUB CONDOMS	166
trihexyphenidyl	19	TROJAN-ENZ (NON-LUB) CONDOMS	166
TRIJARDY XR	91	TROJAN-ENZ LUBRICATED CONDOMS	166
TRIKAFTA	93, 94	TROJAN-ENZ/SPERMICIDAL CONDOMS	166
trimazole	165	TRONVITE	166
trimethoprim	60	TROPHAMINE 10 %	87
trimipramine	65	trosipium	32
trinatal rx 1	87	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	52
TRINTELLIX	65	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	52
tripenicol s	165	TRUE COVER CONDOM	166
triphrocaps	165	true multivitamin	166
TRIPLE ANTIBIOTIC	165	truelyte advanced hydration	166
triple antibiotic plus	165	TRULICITY	91
triple antibiotic spray	165	TRUMENBA	45
triple antibiotic-pain relief	165	TRUQAP	75
triple magnesium complex	165	TRUSTEX LATEX CONDOM	166
triple paste	165	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	166
triple paste af	165	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	166
triprolidine hcl	165	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	166
TRISPEC DMX	166	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	166
TRISPEC PSE	166	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	166
tritolnacide s	166	tucks (witch hazel)	166
TRIUMEQ	82	TUKYSA	75
TRIUMEQ PD	82	tulana	38
trivora (28)	38	TUMS	166
TROGARZO	82	tums dual action (famotidine)	166

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 05/05/2026.

TUMS E-X	166	TWINRIX (PF)	45
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	166	TYBOST	82
TUMS FRESHERS	166	TYENNE	45
tums ultra	166	TYENNE AUTOINJECTOR	45
tums-gas relief (calc-simeth)	166	TYLENOL	167
TURALIO	75	TYLENOL 8 HOUR	167
turqoz (28)	38	TYLENOL ARTHRITIS PAIN	167
tusicof	166	TYLENOL COLD AND FLU SEVERE	167
tusnel diabetic	166	TYLENOL COLD HEAD CONGEST SEVR	167
tusnel dm	167	tylenol cold-flu multi-act day	167
tusnel dm pediatric(phenyleph)	167	TYLENOL EXTRA STRENGTH	167
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	45
TUSSI-PRES PEDIATRIC	167	tyr cooler	168
tussin	167		
tussin cf (pe-dm-guaif)	167	U	
tussin cf cough-cold	167	UBRELVY	18
tussin cf max	167	UDENYCA	88
tussin cf max severe m-s cold	167	UDENYCA AUTOINJECTOR	88
tussin chest congestion	167	UDENYCA ONBODY	88
tussin cough-chest congestion	167	ULTILET ALCOHOL SWAB	52
tussin dm	167	ultra a-d	168
tussin dm clear	167	ultra mide 25	168
tussin dm cough and chest	167	ultra pesticide free lice	168
tussin dm day-night	167	ultra strength antacid	168
tussin dm max	167	ultra tuss safe	168
tussin mucus-chest congestion	167	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	52
tussin nighttime cough dm	167	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	52
tusslin	167	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	52
TUXARIN ER	167	UNITHROID	40
		UNITUXIN	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 05/05/2026.

UPTRAVI	94	VAQTA (PF)	46
urea	168	varenicline tartrate	26
UREACIN-10	168	VARIVAX (PF)	46
UREACIN-20	168	VASCEPA	24
urinary pain relief	168	VASELINE	168
uristat ultra	168	VAXCHORA VACCINE	46
uro-pain	168	vcf contraceptive gel	168
ursodiol	31	VECTIBIX	75
USTEKINUMAB	46	vegetable lax-stool softener	168
V			
v-c forte	168	vegetable laxative	168
valacyclovir	83	velivet triphasic regimen (28)	38
VALCHLOR	75	VEMLIDY	83
valganciclovir	83	VENCLEXTA	75
valihist	168	VENCLEXTA STARTING PACK	75
valproate sodium	63	venlafaxine	65
valproic acid	63	VENTOLIN HFA	94
valproic acid (as sodium salt)	63	verapamil	24
valrubicin	75	VERQUOVO	25
valsartan	24	VERSACLOZ	79
valsartan-hydrochlorothiazide	24	verticalm	168
VALTOCO	63	VERZENIO	75
valtya	38	vestura (28)	38
VANACOF	168	vic-forte	168
VANACOF DM	168	vicks dayquil cold-flu relief	168
vancomycin	60	vicks dayquil severe cold-flu	168
vancomycin in 0.9 % sodium chl	60	VICKS NYQUIL COLD AND FLU	168
vancomycin in dextrose 5 %	60	vicks nyquil cold/flu liquicap	168
vancomycin-diluent combo no.1	60	VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF	168
VANFLYTA	75	vicks nyquil severe cold-flu	169
vanicream hc	168	vienva	38
vanicream z-bar	168	vigabatrin	63
vanquish	168	vigadrone	63
		VIGAFYDE	63

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 05/05/2026.

vigpoder	63	vitamin a and d diaper rash	169
vilazodone	65	vitamin a palmitate	169
VIMKUNYA	46	vitamin a palmitate-vitamin d2	169
viorele (28)	38	vitamin b complex	169, 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
vision formula (with lutein)	169	vitamin b12-folic acid	170
vision formula(a-c-e-zn-se-cu)	169	vitamin c	170
vision plus lutein	169	vitamin c (ascorbate calcium)	170
vista gonio	169	vitamin c drops	170
vit 3	169	vitamin c fizzy drink	170
vit a palmitate-beta carotene	169	vitamin c powder blend	170
vit a palmitate-vit c-vit d3	169	vitamin c with rose hips	170
vit b comp-folic-choline-inosi	169	vitamin d2-vitamin k1	170
vit c(ascorb.calcium)(mv-mins)	169	vitamin d3	170, 171
vit c-echinacea purpurea xt	169	vitamin d3-vitamin k2	171
vita-c	169	vitamin e	171
VITACEL (WITH LUTEIN)	169	vitamin e (dl, acetate)	171
vitafusion women's multi	169	vitamin e acetate	171
vitajoy adult multi	169	vitamin e mixed	171
vitajoy biotin	169	vitamin e succinate	171
vitajoy daily c	169	vitamin k	171
vitajoy daily d	169	vitamin k2	171
vitalee	169	vitamin k2 (mk-4)	171
vitalets	169	vitamins a,c,d and fluoride	171
VITAMEDMD ONE RX	169	vitamins a-d-e selenium	171
vitamin a	169	vitamins b complex	171
vitamin a acetate	169	vitasure	171
vitamin a and d	169	VITRAKVI	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 05/05/2026.

VITRON-C	171	wal-fex d 24 hour	172
vitrum 50 plus	171	wal-finate	172
vitrum senior	171	wal-finate-d	172
vits a and d-white pet-lanolin	171	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	75	wal-flu night time	172
VOCABRIA	83	wal-flu severe cold and cough	172
volnea (28)	38	wal-flu severe cold-cough	172
VONJO	75	wal-itin d	172
VORANIGO	75	wal-itin d 12 hour	172
voriconazole	67	wal-mucil fiber	172
voriconazole-hpbc d	67	wal-mucil fiber (aspartame)	172
VOSEVI	83	wal-mucil fiber (sugar)	172
votriza-al	171	wal-mucil natural fiber lax	172
VOWST	31	wal-mucil with calcium	172
VRAYLAR	79	wal-nadol pm	172
vyfemla (28)	38	wal-phed	172
vylibra	38	wal-phed 12 hour	172
VYLOY	75	wal-phed d	172
VYVGART	18	wal-phed pe	172
VYVGART HYTRULO	18	wal-phed pe cold-cough	172
VYZULTA	48	wal-phed pe day-night	172
		wal-phed pe nighttime cold	172
		wal-phed pe pressure+pain+cold	172
		wal-phed pe severe cold	172
		wal-phed pe sinus and allergy	172
		wal-phed pe sinus headache	172
		wal-phed pe triple relief	172
		wal-profen	172
		wal-profen cold-sinus	173
		wal-profen d cold and sinus	173
		wal-proxen	173

W

wal-act d cold and allergy	171		
wal-dram	171		
wal-dram 2	171		
wal-dryl (diphenhydramine)	171		
wal-dryl (diphenhydramine-zn)	171		
wal-dryl allergy	171, 172		
wal-dryl severe allergy-sinus	172		
wal-dryl-d allergy and sinus	172		
wal-fex d 12 hour	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.

Este formulario se actualizó el 05/05/2026.

wal-sporin	173	wixela inhub	94
wal-tap	173	woman's laxative (bisacodyl)	173
wal-tap dm	173	women's 50 plus advanced	173
wal-tussin	173	women's 50 plus daily formula	173
wal-tussin cough and cold cf	173	women's 50 plus multivitamin	174
wal-tussin dm	173	women's daily formula	174
wal-tussin dm clear	173	women's daily pack	174
wal-zyr (ketotifen)	173	women's gentle laxative(bisac)	174
wal-zyr d.....	173	women's laxative (bisacodyl)	174
walgreens dry skin treatment	173	women's multivitamin	174
warfarin	88	WOMEN'S MULTIVITAMIN COLLAGEN	174
warrior a-relief rectal cream	173	women's multivitamin gummies	174
wart remover	173	women's one daily	174
WEBCOL	52	women's prenatal plus dha	174
wee care	173	womens daily gummies	174
weekly-d	173	wymzya fe	38
WELIREG	94	X	
well lyte advanced hydration	173	x-seb t pearl	174
wellfola	173	XALKORI	75
wellpro-31	173	xaquil xr	174
wera (28)	38	xarah fe	38
wescaps	173	XARELTO	88, 89
wesnatal dha complete	87	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	89
wesnate dha	87	XATMEP	46
westab max	173	xcellent a 3000	174
westab one	173	xcellent a 7500	174
westab plus	87	XCOPRI	63
westussin dm (dexchlorphenir)	173	XCOPRI MAINTENANCE PACK	63
westussin dm nf	173	XCOPRI TITRATION PACK	63
wheat germ oil	173	XDEMVY	52
white petrolatum	173	xelria fe	38
WHITE PETROLEUM JELLY	173	XERMELO	31
WINREVAIR	94	XGEVA	25

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 05/05/2026.

XIFAXAN	31	zenatane	30
XIGDUO XR	91	zenoptiq gel	174
XOLAIR	46	zenoptiq spray	174
XOSPATA	75	ZENPEP	94
XPOVIO	76	zephrex-d	174
XTANDI	76	zidovudine	83
xulane	38	zinc oxide	174
xvite	174	zinc with vitamins a and c	174
xyzbac	174	ziprasidone hcl	79
		ziprasidone mesylate	79
	Y	ZIRABEV	76
yelets	174	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	174	ZOLINZA	76
YONDELIS	76	zolpidem	49
	Z	ZONISADE	63
Z-BUM	174	zonisamide	63
zaditor	174	ZORYVE	30
zafemy	38	zovia 1-35 (28)	38
zafirlukast	94	ZTALMY	63
zaleplon	48	ZUBSOLV	26
zantac-360 (famotidine)	174	zumandimine (28)	38
zarah	38	ZURNAI	26
ZARXIO	89	ZURZUVAE	65
zeasorb af	174	ZYDELIG	76
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	91	ZYKADIA	76
ZEGALOGUE SYRINGE	91	zyncof	174
ZEJULA	76	ZYNYZ	76
ZELAC	174	ZYPITAMAG	25
ZELBORAF	76	ZYPREXA	79
zeldana	174	ZYPREXA RELPREVV	79, 80
ZEMAIRA	94		

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 05/05/2026.

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**.
Este formulario se actualizó el 05/05/2026.



Notice of Availability - Auxiliary Aids and Services Notice

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GHHNOA2025HUM_0425

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Esta *lista de medicamentos* fue actualizada el 05/05/2026.. 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**.

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**. Este formulario se actualizó el 05/05/2026.