

2025

Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

Humana Gold
Plus Integrated
(Plan Medicare-Medicaid)

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 10/16/2024. PARA OBTENER INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, LLÁMENOS AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO O VISITE ES-WWW.HUMANA.COM.

Humana[®]

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario o lista de medicamentos) para 2025

Introducción:

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta sin receta están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Humana Gold Plus Integrated. 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 | 5 |
| B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar). | 5 |
| B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez? | 5 |
| B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos? | 6 |
| B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria 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 el plan Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, PA o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)? | 7 |
| B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos? | 8 |
| B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos? | 8 |
| B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtenerlo? | 8 |
| B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra su 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? | 0 |
| B15. ¿Qué son los medicamentos OTC? | 12 |
| B16. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos? | 13 |
| B17. ¿Cuál es mi copago? | 13 |
| B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? | 13 |
| C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos | 14 |
| C1. Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica | 14 |
| D. Índice de medicamentos cubiertos | 113 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2025

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en Humana Gold Plus Integrated.

- Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a miembros.
- La Lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de realizar un cambio que le afecte.
- Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Attention: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-787-3311 (TTY: 711), Monday - Friday from 8 a.m. - 8 p.m. Central Time. The call is free.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo.

- Si quiere solicitar o cambiar un pedido permanente, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Mantendremos su idioma preferido además del inglés y/o formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No necesitará hacer una solicitud por separado cada vez.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que comienza en C1, son los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Estos 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 Gold Plus Integrated cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otro profesional que expide la receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano, **y**
 - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana Gold Plus Integrated.
- Es posible que Humana Gold Plus Integrated tenga pasos adicionales para el acceso a determinados medicamentos (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated** o puede llamar a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Humana Gold Plus Integrated debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Podemos añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa (AP) o aprobación para un medicamento. (Aprobación previa es el permiso de Humana Gold Plus Integrated antes de que usted 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 medicamento).

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

Si utiliza un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más económico con la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos, **o**
- se descubre que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

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

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**. Las actualizaciones de la lista de medicamentos se publican mensualmente en el sitio web.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

-
- También puede llamar a Atención al cliente para ver la Lista de medicamentos actual al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
-

B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Sustituciones de ciertas nuevas versiones de medicamentos.** Es posible que eliminemos inmediatamente los medicamentos de la lista de medicamentos si los reemplazamos con ciertas versiones nuevas de ese medicamento, pero el costo del nuevo medicamento seguirá siendo el mismo [inserte si corresponde, por ejemplo, si la lista de medicamentos del plan tiene costos compartidos diferenciales para algunos genéricos: o será menor]. 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.
 - Podemos hacer estos cambios solo si el medicamento que estamos agregando:
 - Es una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o
 - Es una nueva versión biosimilar de productos biológicos originales en la Lista de Medicamentos (por ejemplo, agregar un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido 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 solicitar una excepción. Consulte la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
 - **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos **o**
 - Cambian las reglas o 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 Lista de medicamentos, **o**
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite una repetición de la receta.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico **u** otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar:

- Si existe un medicamento similar en la Lista 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 la pregunta B10.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

B4. ¿Existe alguna restricción o algún límite en la cobertura de medicamentos? ¿O existe alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?

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

- **Autorización previa (PA) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben obtener PA de Humana Gold Plus Integrated antes de surtir el medicamento recetado. Si no obtiene una aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** a veces, Humana Gold Plus Integrated limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** a veces, Humana Gold Plus Integrated requiere que usted haga 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 su médico considera que el primer medicamento no le resulta eficaz, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en indicaciones:** si Humana Gold Plus Integrated cubre un medicamento únicamente para algunas afecciones médicas, lo identificaremos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales al consultar en los cuadros que aparecen a partir de la página 15. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**. 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 expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción. Lista de medicamentos que puede utilizar en su lugar o si solicita 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?

El cuadro de la página 14 tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso".

B6. ¿Qué sucede si Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, PA o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si añadimos o cambiamos requisitos de AP, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para 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 Lista de medicamentos.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético según el nombre del medicamento, **o**
- Puede buscar por afección médica.

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección Listado alfabético. Puede encontrarla a partir de la página 113.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 151. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3111 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro y pregunte al respecto. La llamada es gratuita. Si le dicen que Humana Gold Plus Integrated no cubrirá el medicamento, tiene estas opciones:

- Pida a Atención al cliente una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrole la lista a su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos pueden recetarle otro medicamento de la Lista de medicamentos que sea parecido al que usted quiere tomar. **O bien**
- Puede solicitarle al plan de salud que haga una excepción para la cobertura de su medicamento. Consulte la pregunta B11 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista 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 es afiliado de Humana Gold Plus Integrated. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos que se surta la receta varias veces con el fin de 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 Lista de medicamentos, **o**
- las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el profesional que expide la receta, **o**
- el medicamento requiere PA de Humana Gold Plus Integrated, **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si vive en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si 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 para 31 días del medicamento varias veces que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated o no.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

-
- Esto se agrega al suministro temporal durante los primeros 90 días en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.

Si cambia el entorno de su tratamiento

Durante el año del plan, puede cambiar el entorno 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 entorno hogareño
- Pasar de un entorno 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 cubría 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 cubre la Parte D de Medicare cuando obtiene el medicamento en una farmacia.

Si cambia el entorno 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.

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, **o**
 - 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, **o**
- Ha probado otros medicamentos para tratar su problema de salud

Para 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

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 recibir 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 **está** en nuestra lista, pero:
 - Debemos aprobar su medicamento por adelantado
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso, **o**
 - 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 **60 días** después de nuestra primera decisión.

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

Simplemente llame al número de servicio al cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. O visite nuestro sitio web, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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

Este comité supervisa nuestra lista de medicamentos de la Parte D y las normas relacionadas. Formuló estas normas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las normas 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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

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

Sí. Puede solicitar a Humana Gold Plus Integrated que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

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

- Por ejemplo, Humana Gold Plus Integrated 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 aprobación previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 1-800-555-CLIN (2546) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Revisión de farmacia clínica de Humana trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para los afiliados* para obtener más información sobre las excepciones.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de que recibamos una declaración del profesional que expide la receta que avale su pedido de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

Para 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**
- Perjudicaría su salud

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **72 horas** después de recibir 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

Simplemente llame al número de servicio al cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. O visite nuestro sitio web, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los *medicamentos genéricos* están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y suelen no tener nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Humana Gold Plus Integrated cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC son las siglas en inglés que corresponden a "de venta sin receta". Humana Gold Plus Integrated cubre algunos medicamentos de venta sin receta cuando son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para averiguar qué medicamentos de venta sin receta están cubiertos.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

B15. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?

Humana Gold Plus Integrated cubre algunos productos de venta sin receta que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver qué productos de venta sin receta que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Cuál es mi copago?

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, no tiene ningún copago por medicamentos recetados o de venta sin receta siempre y cuando siga las normas de Humana Gold Plus Integrated.

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos
- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos de venta sin receta que no pertenecen a Medicare

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos

La siguiente *lista de medicamentos* cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de medicamentos recetados que comienza en la página 113. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se indican en letra mayúscula (por ejemplo, ABILIFY) y los medicamentos genéricos se indican en letra minúscula cursiva (por ejemplo, *acarbosa*).

La información en la columna Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso indica si Humana Gold Plus Integrated tiene alguna norma para cubrir el medicamento.

Tenga en cuenta: el asterisco (*) al lado de un medicamento significa que no es un "medicamento de la Parte D". La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se contabiliza en sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica).

- Además, si está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Para obtener más información sobre la Ayuda adicional, consulte el cuadro a continuación.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

- Estos medicamentos también tienen normas diferentes en cuanto a apelaciones. Una apelación es la manera formal de solicitar que revisemos una decisión de cobertura y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid.
- Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para solicitar las instrucciones necesarias para presentar una apelación, llame a Servicios para afiliados al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. También puede leer el Capítulo 9 del *Manual para los afiliados* para saber cómo apelar una decisión.

C1. Medicamentos agrupados por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso":

QL = Límites de cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento por un período determinado de días.

PA = Autorización previa (aprobación): usted debe tener la aprobación del plan antes de poder obtener este medicamento.

ST = Terapia por fases: usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener este.

DL = Límite de despacho: medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.

BvsD = 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.

MO = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES ÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades que involucran los oídos

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| donepezil 10 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| donepezil 23 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| donepezil 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| galantamine 4 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(200 cada 30 días) |
| memantine 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| memantine 2 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(360 cada 30 días) |
| memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(98 cada 30 días) |
| NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(28 cada 28 días) |
| rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES ANTIESPASTICIDAD

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>baclofen 10 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>baclofen 20 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>baclofen 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES ANTIGOTA

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>colchicine 0.6 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(30 cada 30 días) |
| <i>probenecid 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(22.4 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(8 cada 30 días) |
| EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 30 días) |
| EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 30 días) |
| EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 30 días) |
| <i>ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(40 cada 30 días) |
| <i>naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(9 cada 30 días) |
| QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(12 cada 30 días) |
| <i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(12 cada 30 días) |
| <i>sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(12 cada 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(9 cada 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(6 cada 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(6 cada 30 días) |
| <i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(6 cada 30 días) |
| UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(16 cada 30 días) |

AGENTES ANTIPARKINSON

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>amantadine hcl 100 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>benztropine 1 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>bromocriptine 2.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| entacapone 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(300 cada 30 días) |
| INBRIJA 42 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(300 cada 30 días) |
| INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,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 | \$0 (Nivel 1) | |
| rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| selegiline hcl 5 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| selegiline hcl 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR MO | \$0 (Nivel 1) | |
| trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el corazón

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| amiloride 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amiodarone 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amiodarone 50 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| atenolol 100 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| atenolol 25 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bumetanide 1 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| candesartan 32 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| chlorthalidone 25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| chlorthalidone 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cholestyramine light 4 gram POWDER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO | \$0 (Nivel 1) | QL(4 cada 28 días) |
| clonidine hcl 0.1 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| colestipol 1 gram TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| colestipol 5 gram GRANULES ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(1000 cada 30 días) |
| colestipol 5 gram PACKET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(240 cada 30 días) |
| ezetimibe 10 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| fenofibrate 160 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| fenofibrate 54 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(60 cada 30 días) |
| fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(30 cada 30 días) |
| fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| furosemide 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| furosemide 80 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| gemfibrozil 600 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydralazine 20 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| hydrochlorothiazide 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| labetalol 5 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lisinopril 30 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| metyrosine 250 mg CAPSULE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| MULTAQ 400 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| nebivolol 10 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| nebivolol 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| niacin 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| niacor 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| nimodipine 30 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | |
| olmesartan 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| olmesartan 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| olmesartan 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pacerone 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prevalite 4 gram POWDER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propranolol 1 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL (120 cada 30 días) |
| REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (3.5 cada 28 días) |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (3 cada 28 días) |
| REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (3 cada 28 días) |
| rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| spironolactone 100 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| telmisartan 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| torse mide 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| valsartan 160 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 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 | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(240 cada 30 días) |
| VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(30 cada 30 días) |

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| alendronate 35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(4 cada 28 días) |
| alendronate 70 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(4 cada 28 días) |
| calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO | \$0 (Nivel 1) | QL(3.7 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| cinacalcet 90 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (120 cada 30 días) |
| doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (2.4 cada 28 días) |
| ibandronate 150 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (1 cada 28 días) |
| NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE ^{DL,LA} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (2 cada 28 días) |
| pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 21 días) |
| pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (10 cada 21 días) |
| paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (24 cada 30 días) |
| paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (48 cada 28 días) |
| PROLIA 60 MG/ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (1 cada 180 días) |
| risedronate 35 mg TABLET, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (4 cada 28 días) |
| TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (1.56 cada 30 días) |
| XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (1.7 cada 28 días) |
| zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (300 cada 21 días) |
| zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (15 cada 21 días) |
| zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (300 cada 21 días) |
| zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (100 cada 365 días) |

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| balsalazide 750 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| budesonide 9 mg TABLET, DR/ER ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(1800 cada 30 días) |
| sulfasalazine 500 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(2 cada 30 días) |
| naltrexone 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(2 cada 30 días) |
| varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(53 cada 28 días) |
| varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(56 cada 28 días) |
| VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 28 días) |
| ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG, 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(90 cada 30 días) |
| ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| AUSTEDO 6 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| AUSTEDO XR 18 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) 12-18-24-30 MG TABLET, ER 24 HR., DOSE PACK DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(42 cada 28 días) |
| BETASERON 0.3 MG KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(15 cada 30 días) |
| COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(12 cada 28 días) |
| <i>dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| <i>dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| <i>dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(14 cada 30 días) |
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| fingolimod 0.5 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| FIRDAPSE 10 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| glatiramer 20 mg/ml SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| glatiramer 40 mg/ml SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(12 cada 28 días) |
| glatopa 20 mg/ml SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| glatopa 40 mg/ml SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(12 cada 28 días) |
| guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.2 cada 28 días) |
| methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| NUFEXSTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| pregabalin 20 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(900 cada 30 días) |
| pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(70 cada 28 días) |
| RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(70 cada 28 días) |
| riluzole 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| tetrabenazine 12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| tetrabenazine 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES DENTALES Y ORALES - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedades que involucran la boca y los dientes

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>periogard 0.12 % MOUTHWASH</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>adapalene 0.3 % GEL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(45 cada 30 días) |
| <i>adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(45 cada 30 días) |
| <i>ammonium lactate 12 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ammonium lactate 12 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>amnesteem 10 mg, 20 mg, 40 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(100 cada 30 días) |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % GEL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(100 cada 30 días) |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(100 cada 30 días) |
| <i>calcipotriene 0.005 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| <i>calcipotriene 0.005 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clindamycin phosphate 1 % GEL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>clindamycin phosphate 1 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>clindamycin phosphate 1 % SWAB</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clobetasol 0.05 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>clobetasol 0.05 % GEL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 28 días) |
| <i>clobetasol 0.05 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 28 días) |
| <i>clobetasol 0.05 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 28 días) |
| <i>clobetasol 0.05 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(100 cada 30 días) |
| <i>clobetasol-emollient 0.05 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>ery pads 2 % SWAB</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>fluocinolone 0.01 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>fluocinolone 0.025 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>fluocinolone 0.025 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(118.28 cada 30 días) |
| <i>fluorouracil 2 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>fluorouracil 5 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>fluorouracil 5 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>fluticasone propionate 0.05 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(28.4 cada 30 días) |
| <i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>hydrocortisone 2.5 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(236 cada 30 días) |
| <i>HYFTOR 0.2 % GEL</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>imiquimod 5 % CREAM IN PACKET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(12 cada 30 días) |
| <i>isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lindane 1 % SHAMPOO</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>malathion 0.5 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mometasone 0.1 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>mometasone 0.1 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>mometasone 0.1 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>mupirocin 2 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| permethrin 5 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| pimecrolimus 1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(100 cada 30 días) |
| podofilox 0.5 % SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(7 cada 30 días) |
| procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| silver sulfadiazine 1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| SSD 1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(200 cada 30 días) |
| tazarotene 0.1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(45 cada 30 días) |
| tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(45 cada 30 días) |
| zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES GASTROINTESTINALES - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades estomacales e intestinales

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| alose tron 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| constulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| famotidine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| famotidine 20 mg, 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| generlac 10 gram/15 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lactulose 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| loperamide 2 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| MOVANTI 12.5 MG, 25 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 2) | |
| peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sucralfate 1 gram TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | |
| TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ursodiol 300 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| VOWST CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| XIFAXAN 200 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA, QL (9 cada 30 días) |
| XIFAXAN 550 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA, QL (84 cada 28 días) |

AGENTES GENITOURINARIOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como problemas de vejiga o próstata

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| dutasteride 0.5 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (90 cada 30 días) |
| fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| finasteride 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (30 cada 30 días) |
| MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (300 cada 30 días) |
| oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| oxybutynin chloride 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| tadalafil 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| tamsulosin 0.4 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) - Medicamentos utilizados para los desequilibrios de hormonas sexuales

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>afirmelle</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>altavera</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>alyacen</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>alyacen</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>amabelz</i> 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>apri</i> 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aranelle</i> (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>abra</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>abra eq</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aurovela</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aurovela</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aurovela</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aurovela</i> fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aurovela</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aviane</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ayuna</i> 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>azurette</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>blisovi</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>blisovi</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>blisovi</i> fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>camila</i> 0.35 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>camrese lo</i> 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(91 cada 90 días) |
| <i>chateal eq</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(8 cada 28 días) |
| <i>cryselle</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cyred</i> 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cyred eq</i> 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>danazol</i> 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>dasetta</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>dasetta</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>deblitane</i> 0.35 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO | \$0 (Nivel 1) | QL(5 cada 30 días) |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(0.65 cada 90 días) |
| desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 1) | QL(8 cada 28 días) |
| drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 28 días) |
| emzahh 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 28 días) |
| enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| errin 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| estarylla 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 1) | 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 | \$0 (Nivel 1) | QL(8 cada 28 días) |
| estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO | \$0 (Nivel 1) | |
| estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 28 días) |
| falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO | \$0 (Nivel 2) | |
| femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| gallifrey 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| heather 0.35 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(91 cada 90 días) |
| incassia 0.35 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| isibloom 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| jencycla 0.35 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| juleber 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| kalliga 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(91 cada 90 días) |
| larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(91 cada 90 días) |
| levora-28 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO | \$0 (Nivel 1) | QL(91 cada 90 días) |
| loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| luteru (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lyleq 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 1) | QL(8 cada 28 días) |
| lyza 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 90 días) |
| medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1 cada 90 días) |
| megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| NEXPLANON 68 MG IMPLANT DL | \$0 (Nivel 2) | |
| nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| NORA-BE 0.35 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nora-be 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO | \$0 (Nivel 1) | QL(3 cada 28 días) |
| noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| norethindrone acetate 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ocella 3-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| OSPHENA 60 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| oxandrolone 10 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| oxandrolone 2.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| pimtrex (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | |
| PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO | \$0 (Nivel 2) | |
| progesterone 50 mg/ml OIL MO | \$0 (Nivel 1) | |
| progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| raloxifene 60 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO | \$0 (Nivel 1) | QL (91 cada 90 días) |
| sharobel 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| syeda 3-0.03 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(37.5 cada 30 días) |
| testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(150 cada 30 días) |
| testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(150 cada 30 días) |
| testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| testosterone enanthate 200 mg/ml OIL MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(25 cada 90 días) |
| tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tulana 0.35 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO | \$0 (Nivel 1) | QL(3 cada 28 días) |
| zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO | \$0 (Nivel 1) | QL(3 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| zarah 3-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar bajos niveles de hormonas pituitarias

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| desmopressin 0.1 mg, 0.2 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENAL)

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fludrocortisone 0.1 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para el reemplazo de la hormona tiroidea

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>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</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 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 | \$0 (Nivel 2) | |
| liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 2) | |
| TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| 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 | \$0 (Nivel 2) | |

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| cabergoline 0.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(0.5 cada 28 días) |
| lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(0.2 cada 28 días) |
| lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(0.3 cada 28 días) |
| leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT MO | \$0 (Nivel 1) | |
| leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 90 días) |
| LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 30 días) |
| LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 30 días) |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 90 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 112 días) |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 168 días) |
| LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 28 días) |
| LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 168 días) |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 90 días) |
| octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA |

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para tratar una tiroides hiperactiva

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| methimazole 10 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| propylthiouracil 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES INMUNOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades del sistema inmune y vacunas

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ABRYSSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2.4 cada 28 días) |
| ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2.4 cada 28 días) |
| ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| azathioprine 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 28 días) |
| BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| <i>cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3.42 cada 28 días) |
| DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.34 cada 28 días) |
| DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3.42 cada 28 días) |
| DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(60 cada 30 días) |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(120 cada 30 días) |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(60 cada 30 días) |
| GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA |
| GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(24 cada 28 días) |
| HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| <i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(18 cada 30 días) |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL | \$0 (Nivel 1) | |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methotrexate sodium 2.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>mycophenolate mofetil 500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (2 cada 28 días) |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (4 cada 28 días) |
| PENBRAVA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT DL | \$0 (Nivel 1) | |
| PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL | \$0 (Nivel 1) | |
| PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (168 cada 365 días) |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (360 cada 30 días) |
| ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (18 cada 30 días) |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>sirolimus</i> 1 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 84 días) |
| SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 84 días) |
| SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8.4 cada 365 días) |
| SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(16.8 cada 365 días) |
| STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.5 cada 84 días) |
| STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.5 cada 84 días) |
| STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 84 días) |
| <i>tacrolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 84 días) |
| TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 84 días) |
| TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 365 días) |
| TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(4 cada 28 días) |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(4 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren los ojos

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ALCAINE 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>apraclonidine 0.5 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>atropine 1 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>azelastine 0.05 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>bacitracin 500 unit/gram OINTMENT</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>betaxolol 0.5 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>brimonidine 0.2 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carteolol 1 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 2) | QL(5 cada 25 días) |
| <i>cromolyn 4 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| CYSTARAN 0.44 % DROPS DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 28 días) |
| <i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>diclofenac sodium 0.1 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>dorzolamide 2 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(3.5 cada 28 días) |
| EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(16.6 cada 30 días) |
| <i>fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentamicin 0.3 % DROPS</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(3 cada 30 días) |
| ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | QL(10 cada 30 días) |
| latanoprost 0.005 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | QL(5 cada 25 días) |
| levobunolol 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| LUMIGAN 0.01 % DROPS MO | \$0 (Nivel 2) | QL(2.5 cada 25 días) |
| methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| moxifloxacin 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ofloxacin 0.3 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | |
| polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| proparacaine 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(2.5 cada 25 días) |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(2.5 cada 25 días) |
| SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(16 cada 30 días) |
| sulfacetamide sodium 10 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sulfacetamide-prednisolone 10%-0.23 % (0.25 %) DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| timolol maleate 0.25 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |
| timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| timolol maleate 0.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>tobramycin 0.3 % DROPS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>travoprost 0.004 % DROPS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (2.5 cada 25 días) |
| <i>trifluridine 1 % DROPS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES - Medicamentos utilizados para estabilizar el estado de ánimo

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lithium carbonate 300 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades del sueño

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>BELSOMRA 10 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>BELSOMRA 5 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (120 cada 30 días) |
| <i>eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>modafinil 100 mg, 200 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA, QL (60 cada 30 días) |
| <i>sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA, QL (540 cada 30 días) |
| <i>tasimelteon 20 mg CAPSULE</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA, QL (30 cada 30 días) |
| <i>temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 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 ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 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 ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO | \$0 (Nivel 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 MO | \$0 (Nivel 1) | |
| BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 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 MO | \$0 (Nivel 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 MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE MO | \$0 (Nivel 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 MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lactated ringers</i> SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mifepristone</i> 300 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD MO | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ringer's</i> SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sodium chloride</i> 0.9 % SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>water for irrigation, sterile</i> SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| WEBCOL PADS, MEDICATED MO | \$0 (Nivel 1) | |
| XDEMVIY 0.25 % DROPS MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (10 cada 42 días) |
| ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL | \$0 (Nivel 2) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/illinoisgoldplusintegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | QL(2700 cada 30 días) |
| acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(390 cada 30 días) |
| acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | 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 | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(4 cada 28 días) |
| diclofenac potassium 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| diclofenac sodium 1 % GEL MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1000 cada 30 días) |
| diclofenac sodium 1.5 % DROPS MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(300 cada 30 días) |
| diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | |
| diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | |
| endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. DL | \$0 (Nivel 1) | QL(20 cada 30 días) |
| fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(720 cada 30 días) |
| flurbiprofen 100 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(390 cada 30 días) |
| hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | QL(2700 cada 30 días) |
| hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | QL(5520 cada 30 días) |
| hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| hydromorphone 8 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>ibuprofen 400 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>indomethacin 75 mg CAPSULE, ER</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ketorolac 10 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(20 cada 30 días) |
| <i>meloxicam 15 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>meloxicam 7.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>methadone 10 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| <i>methadone 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(1800 cada 30 días) |
| <i>methadone 10 mg/ml CONCENTRATE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>methadone 10 mg/ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>methadone 5 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(480 cada 30 días) |
| <i>methadone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(3600 cada 30 días) |
| <i>morphine 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(2700 cada 30 días) |
| <i>morphine 100 mg TABLET ER</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>morphine 15 mg, 30 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(1350 cada 30 días) |
| <i>morphine 200 mg TABLET ER</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(540 cada 30 días) |
| <i>nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>naproxen 250 mg, 375 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>naproxen 375 mg TABLET, DR/EC</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>naproxen 500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(270 cada 30 días) |
| <i>oxycodone 5 mg CAPSULE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(5400 cada 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| <i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(1800 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sulindac 150 mg, 200 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(30 cada 30 días) |
| <i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(30 cada 30 días) |
| <i>tramadol 50 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| <i>lidocaine hcl 2 % JELLY</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lidocaine hcl 2 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lidocaine viscous 2 % SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>alprazolam 2 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| <i>bupirone 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clonazepam 2 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>diazepam 10 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>diazepam 2 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| diazepam 5 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | QL(1200 cada 30 días) |
| diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| lorazepam 2 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |

ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| acetic acid 2 % SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 250 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 500 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin 875 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ampicillin 500 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(235.2 cada 28 días) |
| azithromycin 1 gram PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| azithromycin 250 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefadroxil 500 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefdinir 300 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefixime 400 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cephalexin 250 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| cephalexin 500 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clindamycin phosphate 2 % CREAM MO | \$0 (Nivel 1) | |
| colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| daptomycin 350 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| DIFICID 200 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>doxy-100 100 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline hyclate 100 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline hyclate 20 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ertapenem 1 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentamicin 0.1 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentamicin 0.1 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentamicin 40 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| HUMATIN 250 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levofloxacin 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lincomycin 300 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL (1800 cada 30 días) |
| <i>linezolid 600 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>methenamine hippurate 1 gram TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metronidazole 0.75 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metronidazole 0.75 % LOTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mondoxynel 100 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>moxifloxacin 400 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>neomycin 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>paramomycin 250 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>streptomycin 1 gram RECON SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>sulfadiazine 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| trimethoprim 100 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| vancomycin 1.75 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| vancomycin 125 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| vancomycin 250 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |

ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(600 cada 30 días) |
| BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| carbamazepine 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>clobazam</i> 2.5 mg/ml SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| <i>diazepam</i> 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>divalproex</i> 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>divalproex</i> 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>divalproex</i> 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>epitol</i> 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(480 cada 30 días) |
| <i>ethosuximide</i> 250 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ethosuximide</i> 250 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>felbamate</i> 400 mg, 600 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>felbamate</i> 600 mg/5 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(360 cada 30 días) |
| <i>fosphenytoin</i> 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(680 cada 28 días) |
| FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| FYCOMPA 2 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>gabapentin</i> 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(270 cada 30 días) |
| <i>gabapentin</i> 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | QL(2250 cada 30 días) |
| <i>gabapentin</i> 600 mg, 800 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>lacosamide</i> 10 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1395 cada 30 días) |
| <i>lacosamide</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>lacosamide</i> 200 mg/20 ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lamotrigine</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lamotrigine</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lamotrigine</i> 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lamotrigine</i> 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levetiracetam</i> 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levetiracetam</i> 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levetiracetam</i> 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(900 cada 30 días) |
| <i>levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM DL</i> | \$0 (Nivel 2) | QL(10 cada 30 días) |
| <i>methsuximide 300 mg CAPSULE MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL</i> | \$0 (Nivel 2) | QL(10 cada 30 días) |
| <i>oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(1500 cada 30 días) |
| <i>phenobarbital 30 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(300 cada 30 días) |
| <i>PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO</i> | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| <i>roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>rufinamide 200 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(480 cada 30 días) |
| <i>rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(2760 cada 30 días) |
| <i>rufinamide 400 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| <i>SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(90 cada 30 días) |
| <i>SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(360 cada 30 días) |
| <i>SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(180 cada 30 días) |
| <i>SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO</i> | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(120 cada 30 días) |
| <i>subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| topiramate 25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| valproic acid 250 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL | \$0 (Nivel 2) | QL(10 cada 30 días) |
| vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| vigabatrin 500 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| vigadrone 500 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(600 cada 25 días) |
| vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(900 cada 30 días) |
| zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1080 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>amitriptyline 25 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (120 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (180 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (90 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (90 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>citalopram 10 mg, 40 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>citalopram 20 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR.</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>escitalopram oxalate 10 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (45 cada 30 días) |
| <i>escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (600 cada 30 días) |
| <i>FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (28 cada 28 días) |
| <i>fluoxetine 10 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>fluoxetine 20 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (120 cada 30 días) |
| <i>fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>fluoxetine 40 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (90 cada 30 días) |
| <i>imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>MARPLAN 10 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| <i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mirtazapine 45 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| paroxetine hcl 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| phenelzine 15 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| sertraline 100 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| trazodone 300 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(30 cada 30 días) |
| venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| VIIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 365 días) |
| ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(14 cada 365 días) |

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(2 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(4 cada 28 días) |
| compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(120 cada 30 días) |
| granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(28 cada 28 días) |
| meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| meclizine 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(450 cada 30 días) |
| ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| promethazine 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(10 cada 30 días) |

ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ciclodan 8 % SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(13.2 cada 30 días) |
| ciclopirox 0.77 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ciclopirox 0.77 % GEL ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(100 cada 30 días) |
| ciclopirox 0.77 % SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| ciclopirox 8 % SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(13.2 cada 30 días) |
| clotrimazole 1 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| clotrimazole 1 % SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| clotrimazole 10 mg TROCHE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |
| clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 28 días) |
| fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluconazole 150 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| griseofulvin microsize 500 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| itraconazole 100 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| ketoconazole 2 % CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| ketoconazole 2 % SHAMPOO ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| ketoconazole 200 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| klayesta 100,000 unit/gram POWDER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | |
| miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nyamyc 100,000 unit/gram POWDER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| nystatin 100,000 unit/gram CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystatin 100,000 unit/gram POWDER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystatin 500,000 unit TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nystop 100,000 unit/gram POWDER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>terbinafine hcl 250 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>terconazole 80 mg SUPPOSITORY</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>voriconazole 200 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| <i>voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(400 cada 30 días) |

ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar algunas infecciones, como la tuberculosis

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>dapsone 100 mg, 25 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>PRIFTIN 150 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>pyrazinamide 500 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>rifabutin 150 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>rifampin 600 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>TRECTOR 250 MG TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |

ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>abiraterone 250 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| <i>abiraterone 500 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| ALECENSA 150 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (240 cada 30 días) |
| ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (3 cada 28 días) |
| ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| ALUNBRIG 30 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (180 cada 30 días) |
| ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>anastrozole 1 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA |
| ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (240 cada 30 días) |
| AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA |
| BALVERSA 3 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (90 cada 30 días) |
| BALVERSA 4 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| BALVERSA 5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 2) | PA |
| BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>bexarotene 1 % GEL DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (240 cada 30 días) |
| <i>bexarotene 75 mg CAPSULE DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (300 cada 30 días) |
| <i>bicalutamide 50 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 2) | PA |
| BOSULIF 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (180 cada 30 días) |
| BOSULIF 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| BOSULIF 50 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(360 cada 30 días) |
| BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| <i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | |
| CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(112 cada 28 días) |
| COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(84 cada 28 días) |
| COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| COTELLIC 20 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(63 cada 28 días) |
| <i>cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>cytarabine 20 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 28 días) |
| DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| dasatinib 140 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| dasatinib 20 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DAURISMO 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| DAURISMO 25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(10 cada 21 días) |
| EMCYT 140 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | |
| EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | |
| ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| ERLEADA 240 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ERLEADA 60 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| erlotinib 25 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>etoposide 20 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| EULEXIN 125 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>exemestane 25 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (60 cada 30 días) |
| EXKIVITY 40 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| <i>fludarabine 50 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (21 cada 28 días) |
| FRUZAQLA 1 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (84 cada 28 días) |
| FRUZAQLA 5 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (21 cada 28 días) |
| FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| GAVRETO 100 MG CAPSULE ^{DL,LA} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 28 días) |
| <i>gefitinib 250 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{DL,LA} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| GLEOSTINE 100 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>hydroxyurea 500 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (21 cada 28 días) |
| IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (21 cada 28 días) |
| ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| ICLUSIG 15 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| <i>idarubicin 1 mg/ml SOLUTION</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| <i>ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>imatinib 100 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| <i>imatinib 400 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| IMBRUVICA 420 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| IMBRUVICA 560 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(4 cada 365 días) |
| IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| INLYTA 1 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| INLYTA 5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| INQOVI 35-100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(5 cada 28 días) |
| INREBIC 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| <i>irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| IWILFIN 192 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 42 días) |
| JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(21 cada 28 días) |
| KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(42 cada 28 días) |
| KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(63 cada 28 días) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(49 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(70 cada 28 días) |
| KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(91 cada 28 días) |
| KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| KRAZATI 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(6 cada 28 días) |
| KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 28 días) |
| KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(12 cada 28 días) |
| <i>lapatinib 250 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| LAZCLUZE 240 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| LAZCLUZE 80 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| <i>lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| <i>letrozole 2.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| <i>levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(7 cada 21 días) |
| LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(100 cada 30 días) |
| LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(80 cada 30 días) |
| LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| LORBRENA 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| LORBRENA 25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| LUMAKRAS 120 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| LUMAKRAS 320 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| LYSODREN 500 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | |
| LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(140 cada 28 días) |
| MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| MATULANE 50 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1170 cada 28 días) |
| MEKINIST 0.5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| MEKINIST 2 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| MEKTOVI 15 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| <i>melphalan 2 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mercaptopurine 50 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| MESNEX 400 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| NERLYNX 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| <i>nilutamide 150 mg TABLET DL</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 28 días) |
| NUBEQA 300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| ODOMZO 200 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| OGSIVEO 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(96 cada 28 días) |
| OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(16 cada 28 días) |
| OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 28 días) |
| OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(24 cada 28 días) |
| OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(14 cada 28 días) |
| OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(40 cada 28 días) |
| OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(48 cada 28 días) |
| OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(16 cada 28 días) |
| OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(40 cada 28 días) |
| ORGOVYX 120 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(32 cada 30 días) |
| ORSERDU 345 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ORSERDU 86 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(21 cada 28 días) |
| PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(15 cada 28 días) |
| PANRETIN 0.1 % GEL DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pazopanib 200 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 21 días) |
| pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 21 días) |
| POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 21 días) |
| POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(21 cada 28 días) |
| PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(100 cada 21 días) |
| POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| QINLOCK 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (90 cada 30 días) |
| RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| RETEVMO 40 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (180 cada 30 días) |
| RETEVMO 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (90 cada 30 días) |
| RETEVMO 80 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (150 cada 30 días) |
| ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (90 cada 30 días) |
| ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (360 cada 30 días) |
| RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (784 cada 365 días) |
| RYDAPT 25 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (224 cada 28 días) |
| RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| SCEMBLIX 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| SCEMBLIX 20 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| SCEMBLIX 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (300 cada 30 días) |
| SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>sorafenib 200 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (120 cada 30 días) |
| SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (60 cada 30 días) |
| SPRYCEL 140 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (30 cada 30 días) |
| SPRYCEL 20 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (90 cada 30 días) |
| STIVARGA 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (84 cada 28 días) |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL (28 cada 28 días) |
| SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (112 cada 28 días) |
| TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL (840 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| TAGRISO 40 MG, 80 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| <i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| TAZVERIK 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 21 días) |
| TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(15 cada 21 días) |
| TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| TEPMETKO 225 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 21 días) |
| THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| THALOMID 150 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| <i>thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| TIBSOVO 250 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(5 cada 21 días) |
| <i>topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>toremifene 60 mg TABLET DL</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL</i> | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| <i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(64 cada 28 días) |
| TUKYSA 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| TUKYSA 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(300 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| VALCHLOR 0.016 % GEL DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 28 días) |
| VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| VENCLEXTA 10 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| VENCLEXTA 100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| VENCLEXTA 50 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(42 cada 28 días) |
| VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(300 cada 30 días) |
| VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| VONJO 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| VORANIGO 10 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| VORANIGO 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| XALKORI 150 MG PELLETT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| XALKORI 20 MG PELLETT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| XALKORI 50 MG PELLETT DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| XOSPATA 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(8 cada 28 días) |
| XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(4 cada 28 días) |
| XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(24 cada 28 días) |
| XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(32 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| XTANDI 40 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| XTANDI 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| XTANDI 80 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| ZEJULA 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ZELBORAF 240 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| ZYKADIA 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(150 cada 30 días) |
| ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(20 cada 28 días) |

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| albendazole 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| COARTEM 20-120 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(24 cada 30 días) |
| hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ivermectin 3 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| mefloquine 250 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| nitazoxanide 500 mg TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| pentamidine 300 mg RECON SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| praziquantel 600 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| pyrimethamine 25 mg TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| quinine sulfate 324 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(42 cada 7 días) |

ANTIPSICÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades psicológicas y del estado de ánimo

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(2.4 cada 56 días) |
| ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(3.2 cada 56 días) |
| ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 28 días) |
| ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 28 días) |
| aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(750 cada 30 días) |
| aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(3.9 cada 56 días) |
| ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1.6 cada 28 días) |
| ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(2.4 cada 28 días) |
| ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(3.2 cada 28 días) |
| ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(2.4 cada 42 días) |
| asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| clozapine 100 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(270 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(270 cada 30 días) |
| clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA |
| clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| clozapine 200 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(135 cada 30 días) |
| clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(135 cada 30 días) |
| clozapine 25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(1080 cada 30 días) |
| clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(1080 cada 30 días) |
| clozapine 50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(3.5 cada 180 días) |
| INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(5 cada 180 días) |
| INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1.5 cada 28 días) |
| INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 28 días) |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(1.5 cada 28 días) |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(0.88 cada 90 días) |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(1.32 cada 90 días) |
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(1.75 cada 90 días) |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(2.63 cada 90 días) |
| loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| lurasidone 80 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>molindone 10 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(240 cada 30 días) |
| <i>molindone 25 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(270 cada 30 días) |
| <i>molindone 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(360 cada 30 días) |
| NUPLAZID 10 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>pimozide 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>quetiapine 100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>quetiapine 150 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>quetiapine 200 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO | \$0 (Nivel 2) | QL(2 cada 28 días) |
| RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL | \$0 (Nivel 2) | QL(2 cada 28 días) |
| <i>risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(60 cada 30 días) |
| <i>risperidone 0.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO | \$0 (Nivel 1) | ST,QL(120 cada 30 días) |
| <i>risperidone 1 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(540 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO | \$0 (Nivel 2) | PA |
| VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 28 días) |
| ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(2 cada 28 días) |
| ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 28 días) |

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | QL(960 cada 30 días) |
| abacavir 300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| acyclovir 200 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| acyclovir 5 % OINTMENT MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| adefovir 10 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| APTIVUS 250 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | QL(120 cada 30 días) |
| atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| atazanavir 300 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(630 cada 30 días) |
| BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | QL(50 cada 365 días) |
| CIMDUO 300-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| darunavir 600 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| darunavir 800 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| DOVATO 50-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| EDURANT 25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>efavirenz 200 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>efavirenz 50 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(480 cada 30 días) |
| <i>efavirenz 600 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>emtricitabine 200 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(680 cada 28 días) |
| <i>entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>etravirine 100 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>etravirine 200 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |
| <i>fosamprenavir 700 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| INTELENCE 25 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(120 cada 30 días) |
| ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(180 cada 30 días) |
| ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(300 cada 30 días) |
| ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(180 cada 30 días) |
| ISENTRESS 400 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(120 cada 30 días) |
| ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JULUCA 50-25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(40 cada 5 días) |
| <i>lamivudine 10 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(900 cada 30 días) |
| <i>lamivudine 100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(90 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| lamivudine 150 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| lamivudine 300 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(1575 cada 28 días) |
| LIVTENCITY 200 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(120 cada 30 días) |
| lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(300 cada 30 días) |
| lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(150 cada 30 días) |
| lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| maraviroc 150 mg TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(240 cada 30 días) |
| maraviroc 300 mg TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| nevirapine 200 mg TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(1200 cada 30 días) |
| NORVIR 100 MG CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(360 cada 30 días) |
| NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(360 cada 30 días) |
| NORVIR 80 MG/ML SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(480 cada 30 días) |
| ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| oseltamivir 30 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(224 cada 365 días) |
| oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(112 cada 365 días) |
| oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL(1440 cada 365 días) |
| PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(40 cada 10 días) |
| PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 10 días) |
| PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | PA |
| PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(360 cada 30 días) |
| PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL} | \$0 (Nivel 2) | QL(240 cada 30 días) |
| PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(480 cada 30 días) |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 180 días) |
| RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| ribavirin 200 mg CAPSULE ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>ribavirin 200 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>rimantadine 100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ritonavir 100 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(360 cada 30 días) |
| RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(1800 cada 30 días) |
| SELZENTRY 25 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(240 cada 30 días) |
| SELZENTRY 75 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| SUNLENCA 300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(10 cada 365 días) |
| SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(9 cada 365 días) |
| SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| TIVICAY 10 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL | \$0 (Nivel 2) | QL(180 cada 30 días) |
| TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | QL(180 cada 30 días) |
| TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | |
| TYBOST 150 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>valganciclovir 450 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | QL(1056 cada 30 días) |
| VEMLIDY 25 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| VIRACEPT 250 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(300 cada 30 días) |
| VIRACEPT 625 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(120 cada 30 días) |
| VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL | \$0 (Nivel 2) | QL(240 cada 30 días) |
| VOCABRIA 30 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(28 cada 28 días) |
| <i>zidovudine 10 mg/ml SYRUP</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(1680 cada 28 días) |
| <i>zidovudine 100 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(180 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|------------------------------------|--|---|
| zidovudine 300 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| ZIRGAN 0.15 % GEL MO | \$0 (Nivel 2) | QL(5 cada 30 días) |

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar las deficiencias de vitaminas

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO | \$0 (Nivel 1) | |
| c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| CHEMET 100 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| CLINOLIPID 20 % EMULSION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| deferasirox 180 mg, 360 mg, 90 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA |
| dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>lactated ringers PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levocarnitine 330 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| <i>penicillamine 250 mg TABLET</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | |
| PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| ringer's PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| SMOFLIPID 20 % EMULSION MO | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>sodium polystyrene sulfonate POWDER</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | |
| TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| <i>trientine 250 mg CAPSULE</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL (240 cada 30 días) |
| <i>trientine 500 mg CAPSULE</i> ^{DL} | \$0 (Nivel 1) | QL (120 cada 30 días) |
| <i>trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| <i>virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

PRODUCTOS SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR.</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | ST,QL (60 cada 30 días) |
| BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (60 cada 30 días) |
| <i>cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clopidogrel 300 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>clopidogrel 75 mg TABLET</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | QL (30 cada 30 días) |
| ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (60 cada 30 días) |
| ELIQUIS 5 MG TABLET ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (74 cada 30 días) |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK ^{MO} | \$0 (Nivel 2) | QL (74 cada 30 días) |
| <i>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</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE</i> ^{MO} | \$0 (Nivel 1) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(7 cada 30 días) |
| NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(14 cada 30 días) |
| NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(11.2 cada 30 días) |
| NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(22.4 cada 30 días) |
| prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(360 cada 30 días) |
| PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(180 cada 30 días) |
| PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| PROMACTA 75 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(14 cada 30 días) |
| RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(14 cada 30 días) |
| tranexamic acid 650 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 5 días) |
| UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.2 cada 28 días) |
| UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.2 cada 28 días) |
| UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 1) | |
| warfarin 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO | \$0 (Nivel 2) | ST,QL(600 cada 30 días) |
| XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO | \$0 (Nivel 2) | QL(51 cada 30 días) |
| ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(7 cada 30 días) |
| ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(11.2 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE - Medicamentos utilizados para controlar los niveles de azúcar en la sangre

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION</i> DL | \$0 (Nivel 1) | |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>glimepiride 1 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glipizide 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glipizide 2.5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG MIX 50-50 INSULIN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULIN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| <i>metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| <i>metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>metformin 850 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| <i>nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1) | |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |
| OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 28 días) |
| OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1.5 cada 28 días) |
| <i>pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>pioglitazone 30 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | QL(15 cada 24 días) |
| SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| TRADJENTA 5 MG TABLET MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO | \$0 (Nivel 2) | |
| TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO | \$0 (Nivel 2) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(2 cada 28 días) |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO | \$0 (Nivel 2) | |
| ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO | \$0 (Nivel 2) | |

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| carisoprodol 350 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(120 cada 30 días) |
| cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 2) | QL(12 cada 30 días) |
| albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | |
| albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO | \$0 (Nivel 1) | |
| albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 1) | QL(36 cada 30 días) |
| alyq 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET</i> DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| <i>aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD,QL(120 cada 30 días) |
| ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 30 días) |
| <i>azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 25 días) |
| BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 2) | QL(10.7 cada 30 días) |
| <i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(84 cada 28 días) |
| <i>cetirizine 1 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(300 cada 30 días) |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 20 días) |
| <i>cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(4 cada 30 días) |
| FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(1 cada 28 días) |
| <i>flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(50 cada 30 días) |
| <i>fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE</i> MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| <i>fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV.</i> MO | \$0 (Nivel 2) | QL(1 cada 30 días) |
| <i>fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(16 cada 30 días) |
| <i>hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO | \$0 (Nivel 1) | |
| <i>ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION</i> MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| <i>ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| <i>ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL</i> MO | \$0 (Nivel 1) | QL(45 cada 30 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO | \$0 (Nivel 1) | BvsD |
| KALYDECO 150 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| levocetirizine 5 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| montelukast 10 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 28 días) |
| NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(3 cada 28 días) |
| NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(0.4 cada 28 días) |
| OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| OPSUMIT 10 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| pirfenidone 267 mg CAPSULE DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(270 cada 30 días) |
| pirfenidone 267 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(270 cada 30 días) |
| pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | BvsD |
| roflumilast 250 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(28 cada 365 días) |
| roflumilast 500 mcg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(30 cada 30 días) |
| sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 28 días) |
| SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(30 cada 30 días) |
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 28 días) |
| STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO | \$0 (Nivel 2) | QL(4 cada 30 días) |
| SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 2) | QL(10.2 cada 30 días) |
| tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | PA,QL(60 cada 30 días) |
| theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO | \$0 (Nivel 1) | |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO | \$0 (Nivel 2) | 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(84 cada 28 días) |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| 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 | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(56 cada 28 días) |
| VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO | \$0 (Nivel 2) | QL(36 cada 30 días) |
| wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO | \$0 (Nivel 2) | QL(60 cada 30 días) |
| zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET MO | \$0 (Nivel 1) | QL(60 cada 30 días) |

TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEICO: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| betaine 1 gram/scoop POWDER DL | \$0 (Nivel 1) | |
| 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 | \$0 (Nivel 2) | |
| CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO | \$0 (Nivel 2) | |
| ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL | \$0 (Nivel 1) | |
| sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET DL | \$0 (Nivel 1) | PA |
| sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL | \$0 (Nivel 1) | |
| sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | |
| STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(30 cada 30 días) |
| WELIREG 40 MG TABLET DL | \$0 (Nivel 2) | PA,QL(90 cada 30 días) |
| ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |
| ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL | \$0 (Nivel 2) | PA |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE (*) | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| ORACIT 490-640 MG/5 ML SOLUTION (*) | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER (*) | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |
| <i>vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION (*)</i> | \$0 (Nivel 3) | |

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| 3-day vaginal 2 % CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |
| adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | QL(300 cada 30 días) |
| all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| all day pain relief 220 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| all day relief 220 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| aller-g-time 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid ext (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid extra-strength 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| anti-nausea SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| aspirin 325 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |
| aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| BABY AYR SALINE 0.65 % DROPS | \$0 (Nivel 4) | |
| banophen 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |
| bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS | \$0 (Nivel 4) | |
| calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| cetirizine 1 mg/ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | QL (300 cada 30 días) |
| cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | QL (300 cada 30 días) |
| child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | QL (300 cada 30 días) |
| children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | QL (300 cada 30 días) |
| children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| clearlax 17 gram POWDER IN PACKET | \$0 (Nivel 4) | |
| clearlax 17 gram/dose POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| clotrimazole 1 % CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| clotrimazole-3 2 % CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| COLACE 100 MG CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| curae 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| dextrose 40 % GEL | \$0 (Nivel 4) | |
| dialyvite 800 0.8 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| diphenhydramine hcl 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| diphenhydramine hcl 50 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| docusate calcium 240 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| dok 100 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| driminate 50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| econtra one-step 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| enema 19-7 gram/118 ml ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| ENEMEEZ PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS | \$0 (Nivel 4) | |
| famotidine 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| fiber-lax 625 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| gavilax 17 gram/dose POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |
| glucose gel 40 % GEL | \$0 (Nivel 4) | |
| glycerin (adult) SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| glycerin (child) SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| healthylax 17 gram POWDER IN PACKET | \$0 (Nivel 4) | |
| heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| her style 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| ibuprofen 200 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |
| laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| levonorgestrel 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| loratadine 10 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING | \$0 (Nivel 4) | |
| loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| m-pap 160 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| meclizine 12.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole nitrate 1,200-2 mg-% KIT | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole nitrate 2 % CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY | \$0 (Nivel 4) | |
| miconazole-7 2 % CREAM | \$0 (Nivel 4) | |
| migraine formula 250-250-65 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| migraine relief 250-250-65 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| motion sickness 50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| motion sickness relief 50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| mucinex fast-max chest-congest 100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| my choice 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| my way 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL | \$0 (Nivel 4) | QL(2 cada 30 días) |
| naproxen sodium 220 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL | \$0 (Nivel 4) | QL(2 cada 30 días) |
| nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| nausea relief SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| nephro vitamins 0.8 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| NEPHRONEX 900 MCG/5 ML LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| new day 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR. | \$0 (Nivel 4) | |
| nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL | \$0 (Nivel 4) | |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM | \$0 (Nivel 4) | |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE | \$0 (Nivel 4) | |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE | \$0 (Nivel 4) | |
| NUTRISOURCE FIBER PACKET | \$0 (Nivel 4) | |
| NUTRISOURCE FIBER POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| option-2 1.5 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pain reliever es (acetaminophen) 500 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| pinaway 50 mg/ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET | \$0 (Nivel 4) | |
| polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| pseudoephedrine hcl 30 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA | \$0 (Nivel 4) | |
| reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| rena-vite 0.8 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| renal vitamin 0.8 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| reno caps 1 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY | \$0 (Nivel 4) | |
| senexon-s 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| senna 8.6 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| senna 8.6 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna lax 8.6 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna laxative 8.6 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| senna plus 8.6-50 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| senna plus 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna-s 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| senna-time s 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SEKOKOT 8.6 MG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SEKOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SEKOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SEKOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SEKOKOT-S 8.6-50 MG TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER | \$0 (Nivel 4) | |
| sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| SORBITOL 70 % SOLUTION | \$0 (Nivel 4) | |
| stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| stomach relief 262 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4) | |
| stool softener 100 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| Nombre del medicamento | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE | \$0 (Nivel 4) | |
| stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| sudogest 30 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| suphedrin 30 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| tioconazole 6.5 % OINTMENT | \$0 (Nivel 4) | |
| tioconazole-1 6.5 % OINTMENT | \$0 (Nivel 4) | |
| tri-buffered aspirin 325 mg TABLET | \$0 (Nivel 4) | |
| trueplus glucose 15 gram/32 ml GEL IN PACKET | \$0 (Nivel 4) | |
| tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP | \$0 (Nivel 4) | |
| tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID | \$0 (Nivel 4) | |
| women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC | \$0 (Nivel 4) | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

D. Índice de medicamentos

| A | | | |
|------------------------------------|---------|--------------------------------------|-----|
| | | ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) | 44 |
| abacavir | 87 | ADALIMUMAB-ADAZ | 44 |
| abacavir-lamivudine | 87 | ADALIMUMAB-ADB | 44 |
| ABELCET | 69 | ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN CROHNS | 44 |
| ABILIFY ASIMTUFI | 84 | ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN PS-UV | 44 |
| ABILIFY MAINTENA | 84 | adapalene | 29 |
| abiraterone | 71 | ADCETRIS | 72 |
| ABRYVO (PF) | 44 | adefovir | 87 |
| acamprosate | 26 | ADEMPAS | 100 |
| acarbose | 97 | ADRIAMYCIN | 72 |
| accutane | 29 | ADSTILADRIN | 52 |
| acebutolol | 18 | adult aspirin regimen | 104 |
| acetaminophen | 104 | adult tussin chest congestion | 104 |
| acetaminophen-codeine | 55 | ADVAIR HFA | 100 |
| acetazolamide | 18 | afirmelle | 34 |
| acetic acid | 58 | ak-poly-bac | 49 |
| acetylcysteine | 52, 100 | AKEEGA | 72 |
| acid gone antacid | 104 | albendazole | 83 |
| acid gone antacid e.strength | 104 | albuterol sulfate | 100 |
| acid reducer (famotidine) | 104 | ALCAINE | 49 |
| acitretin | 29 | ALCOHOL PADS | 52 |
| ACTHIB (PF) | 44 | ALCOHOL PREP PADS | 52 |
| ACTIMMUNE | 44 | ALCOHOL SWABS | 52 |
| acyclovir | 87 | ALCOHOL WIPES | 52 |
| acyclovir sodium | 87 | ALECENSA | 72 |

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| alendronate | 24 | ambrisentan | 101 |
| alfuzosin | 33 | amikacin | 58 |
| ALIQOPA | 72 | amiloride | 18 |
| aliskiren | 18 | amiloride-hydrochlorothiazide | 18 |
| all day allergy (cetirizine) | 104 | aminophylline | 101 |
| all day pain relief | 104 | AMINOSYN II 10 % | 91 |
| all day relief | 105 | AMINOSYN II 7 % | 91 |
| aller-g-time | 105 | AMINOSYN II 8.5 % | 91 |
| allergy (diphenhydramine) | 105 | AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES | 91 |
| allergy relief (cetirizine) | 105 | AMINOSYN M 3.5 % | 91 |
| allergy relief (loratadine) | 105 | AMINOSYN 10 % | 91 |
| allergy relief(diphenhydramin) | 105 | AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES | 91 |
| allopurinol | 16 | AMINOSYN 8.5 % | 91 |
| almacone-2 | 105 | AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES | 91 |
| alosetron | 31 | AMINOSYN-RF 5.2 % | 91 |
| alprazolam | 57 | amiodarone | 18 |
| altamist | 105 | amitriptyline | 67 |
| altavera (28) | 34 | amlodipine | 18 |
| alum-mag hydroxide-simeth | 105 | amlodipine-benazepril | 18 |
| aluminum hydroxide gel | 105 | amlodipine-valsartan | 19 |
| ALUNBRIG | 72 | ammonium lactate | 29 |
| alyacen 1/35 (28) | 34 | amnestem | 29 |
| alyacen 7/7/7 (28) | 34 | amoxapine | 67 |
| alyq | 100 | amoxicillin | 58 |
| amabelz | 34 | amoxicillin-pot clavulanate | 58 |
| amantadine hcl | 17 | amphotericin b | 69 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|---------------------------------------|--------|--------------------------------------|-----|
| amphotericin b liposome | 69 | aripiprazole | 84 |
| ampicillin | 58 | ARISTADA | 84 |
| ampicillin sodium | 59 | ARISTADA INITIO | 84 |
| ampicillin-sulbactam | 59 | ARMOUR THYROID | 41 |
| anagrelide | 95 | ARNUITY ELLIPTA | 101 |
| anastrozole | 72 | ARRANON | 72 |
| ANKTIVA | 72 | arsenic trioxide | 72 |
| antacid (calcium carbonate) | 105 | asenapine maleate | 84 |
| antacid anti-gas | 105 | ASPARLAS | 72 |
| antacid extst (mag carb-al hyd) | 105 | aspirin | 105 |
| antacid ext str (calcium carb) | 105 | aspirin-dipyridamole | 95 |
| antacid extra-strength | 105 | aspirin,buffd-calcium carb-mag | 105 |
| antacid regular strength | 105 | atazanavir | 87 |
| antacid-antigas | 105 | atenolol | 19 |
| anti-diarrheal (loperamide) | 105 | atenolol-chlorthalidone | 19 |
| anti-nausea | 105 | atomoxetine | 27 |
| apraclonidine | 49 | atorvastatin | 19 |
| aprepitant | 68, 69 | atovaquone | 83 |
| apri | 34 | atovaquone-proguanil | 83 |
| APTIOM | 63 | atropine | 49 |
| APTIVUS | 87 | ATROPINE SULFATE (PF) | 49 |
| aranelle (28) | 34 | ATROVENT HFA | 101 |
| ARCALYST | 44 | aubra | 34 |
| AREXVY (PF) | 44 | aubra eq | 34 |
| arformoterol | 101 | AUGTYRO | 72 |
| ARIKAYCE | 59 | aurovela fe 1.5/30 (28) | 34 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|---------|--------------------------------------|-----|
| aurovela fe 1-20 (28) | 34 | bacitracin-polymyxin b | 49 |
| aurovela 1.5/30 (21) | 34 | baclofen | 16 |
| aurovela 1/20 (21) | 34 | bal-care dha | 91 |
| aurovela 24 fe | 34 | balsalazide | 25 |
| AUSTEDO | 27 | BALVERSA | 72 |
| AUSTEDO XR | 27 | BAND-AID GAUZE PADS | 52 |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) | 27 | banophen | 106 |
| AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE | 52 | BARACLUDE | 87 |
| AUTOPEN 1 TO 21 UNITS | 52 | BAVENCIO | 72 |
| AUTOPEN 2 TO 42 UNITS | 52 | BCG VACCINE, LIVE (PF) | 44 |
| AUVELITY | 67 | BD ALCOHOL SWABS | 52 |
| AUVI-Q | 101 | BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE | 52 |
| aviane | 34 | BD ECLIPSE LUER-LOK | 52 |
| AYR SALINE | 105 | BD INSULIN SYRINGE | 52 |
| ayuna | 34 | BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) | 52 |
| AYVAKIT | 72 | BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE | 52 |
| azacitidine | 72 | BD INSULIN SYRINGE U-500 | 52 |
| azathioprine | 44 | BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE | 52 |
| azelastine | 49, 101 | BD LO-DOSE MICRO-FINE IV | 52 |
| azithromycin | 59 | BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE | 52 |
| aztreonam | 59 | BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE | 52 |
| azurette (28) | 34 | BD SAFETYGLIDE SYRINGE | 52 |
| | | BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE | 52 |
| | | BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE | 52 |
| | | BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE | 52 |
| | | BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE | 52 |

B

| | |
|--------------------------------------|--------|
| b complex-vitamin c-folic acid | 105 |
| BABY AYR SALINE | 106 |
| bacitracin | 49, 59 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE | 53 | bisacodyl | 106 |
| BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) | 53 | bismuth subsalicylate | 106 |
| BD VEO INSULIN SYRINGE UF | 53 | bisoprolol fumarate | 19 |
| BELEODAQ | 72 | bisoprolol-hydrochlorothiazide | 19 |
| BELSOMRA | 51 | bleomycin | 72 |
| benazepril | 19 | blisovi fe 1.5/30 (28) | 34 |
| benazepril-hydrochlorothiazide | 19 | blisovi fe 1/20 (28) | 34 |
| bendamustine | 72 | blisovi 24 fe | 34 |
| BENLYSTA | 44 | BOOSTRIX TDAP | 44 |
| benztropine | 17 | BORDERED GAUZE | 53 |
| BESPONSA | 72 | BORTEZOMIB | 72 |
| BESREMI | 44 | BOSULIF | 72, 73 |
| betaine | 103 | BRAFTOVI | 73 |
| betamethasone dipropionate | 29 | BREO ELLIPTA | 101 |
| betamethasone valerate | 29 | BREZTRI AEROSPHERE | 101 |
| betamethasone, augmented | 29 | BRILINTA | 95 |
| BETASERON | 27 | brimonidine | 49 |
| betaxolol | 49 | BRIVIACT | 63 |
| bethanechol chloride | 33 | bromocriptine | 17 |
| bexarotene | 72 | BRUKINSA | 73 |
| BEXSERO | 44 | budesonide | 25, 101 |
| bicalutamide | 72 | bumetanide | 19 |
| BICILLIN C-R | 59 | buprenorphine | 55 |
| BICILLIN L-A | 59 | buprenorphine hcl | 26 |
| BICNU | 72 | buprenorphine-naloxone | 26 |
| BIKTARVY | 87 | bupropion hcl | 67 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| bupropion hcl (smoking deter) | 26 | captopril-hydrochlorothiazide | 19 |
| bupirone | 57 | carbamazepine | 63 |
| busulfan | 73 | carbidopa-levodopa | 17 |
| BUSULFEX | 73 | carbidopa-levodopa-entacapone | 18 |
| butalbital-acetaminophen-caff | 53 | carboplatin | 73 |
| C | | | |
| c-nate dha | 91 | CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD | 53 |
| CABENUVA | 87 | carglumic acid | 91 |
| cabergoline | 42 | carisoprodol | 100 |
| CABOMETYX | 73 | carmustine | 73 |
| cal-gest antacid | 106 | carteolol | 49 |
| calcidol | 106 | cartia xt | 19 |
| calcipotriene | 29 | carvedilol | 19 |
| calcitonin (salmon) | 24 | caspofungin | 69 |
| calcitriol | 25 | CAYSTON | 101 |
| calcium antacid | 106 | cefaclor | 59 |
| calcium carbonate | 106 | cefadroxil | 59 |
| CALQUENCE | 73 | cefazolin | 59 |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) | 73 | cefazolin in dextrose (iso-os) | 59 |
| camila | 34 | cefazolin in dextrose (iso-os) | 59 |
| camrese lo | 34 | cefepime | 59 |
| candesartan | 19 | cefixime | 59 |
| candesartan-hydrochlorothiazid | 19 | cefotetan | 59 |
| CAPLYTA | 84 | cefoxitin | 59 |
| CAPRELSA | 73 | cefoxitin in dextrose, iso-osm | 59 |
| captopril | 19 | cefpodoxime | 59 |
| | | cefprozil | 60 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------------|--------|
| ceftazidime | 60 | chlorothiazide sodium | 19 |
| ceftazidime in d5w | 60 | chlorpromazine | 84 |
| ceftriaxone | 60 | chlorthalidone | 19 |
| cefuroxime axetil | 60 | chocolate laxative | 106 |
| cefuroxime sodium | 60 | cholestyramine (with sugar) | 19 |
| cephalexin | 60 | cholestyramine light | 19 |
| cetirizine | 101, 106 | cholestyramine-aspartame | 19 |
| chateal eq (28) | 34 | CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN | 40 |
| CHEMET | 91 | ciclodan | 69 |
| CHEST CONGESTION RELIEF | 106 | ciclopirox | 69, 70 |
| chest congestion relief dm | 106 | cilostazol | 95 |
| child allergy relf(cetirizine) | 106 | CIMDUO | 87 |
| child's all day allergy(cetir) | 106 | cimetidine | 31 |
| children's acetaminophen | 106 | cimetidine hcl | 31 |
| children's allergy (diphenhyd) | 106 | cinacalcet | 25 |
| children's allergy relief(lor) | 106 | ciprofloxacin hcl | 49, 60 |
| children's aspirin | 106 | ciprofloxacin in 5 % dextrose | 60 |
| children's cetirizine | 106 | cisplatin | 73 |
| children's loratadine | 106 | citalopram | 67 |
| children's mapap | 106 | cladribine | 73 |
| children's pain reliever | 106 | claravis | 29 |
| children's pain-fever relief | 106 | clarithromycin | 60 |
| children's saline nasal spray | 106 | clearlax | 107 |
| chloramphenicol sod succinate | 60 | clindamycin hcl | 60 |
| chlorhexidine gluconate | 29 | clindamycin in 0.9 % sod chlor | 60 |
| chloroquine phosphate | 83 | clindamycin in 5 % dextrose | 60 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|------------|------------------------------------|---------|
| clindamycin palmitate hcl | 60 | clopidogrel | 95 |
| clindamycin pediatric | 60 | clorazepate dipotassium | 57 |
| clindamycin phosphate | 29, 30, 60 | clotrimazole | 70, 107 |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE | 92 | clotrimazole-betamethasone | 70 |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE | 92 | clotrimazole-3 | 107 |
| CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE | 92 | clozapine | 84, 85 |
| CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE | 92 | COARTEM | 83 |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE | 92 | COBENFY | 53 |
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE | 92 | COBENFY STARTER PACK | 53 |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE | 91 | COLACE | 107 |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE | 91 | COLACE CLEAR | 107 |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) | 91 | COLACE 2-IN-1 | 107 |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE | 91 | colchicine | 16 |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) | 91 | colestipol | 20 |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) | 91 | colistin (colistimethate na) | 60 |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) | 92 | COLUMVI | 73 |
| CLINOLIPID | 92 | COMBIGAN | 49 |
| clobazam | 63, 64 | COMBIPATCH | 34 |
| clobetasol | 30 | COMBIVENT RESPIMAT | 101 |
| clobetasol-emollient | 30 | COMETRIQ | 73 |
| clofarabine | 73 | COMPLERA | 87 |
| CLOLAR | 73 | complete natal dha | 92 |
| clomipramine | 67 | compro | 69 |
| clonazepam | 57 | constulose | 31 |
| clonidine | 19 | COPAXONE | 27 |
| clonidine hcl | 19, 20 | COPIKTRA | 73 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|-----------------------------|---------|--------------------------------------|-----|
| COSENTYX | 44 | dactinomycin | 73 |
| COSENTYX (2 SYRINGES) | 44 | dalfampridine | 27 |
| COSENTYX PEN | 44 | danazol | 34 |
| COSENTYX PEN (2 PENS) | 45 | dantrolene | 16 |
| COSENTYX UNOREADY PEN | 45 | DANYELZA | 74 |
| COSMEGEN | 73 | dapsone | 71 |
| COTELLIC | 73 | DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) | 45 |
| CREON | 103 | daptomycin | 60 |
| cromolyn | 49, 101 | daptomycin in 0.9 % sod chlor | 60 |
| cryselle (28) | 34 | darifenacin | 33 |
| curae | 107 | darunavir | 87 |
| CURITY ALCOHOL SWABS | 53 | DARZALEX | 74 |
| CURITY GAUZE | 53 | DARZALEX FASPRO | 74 |
| cyclobenzaprine | 100 | dasatinib | 74 |
| cyclophosphamide | 73 | dasetta 1/35 (28) | 34 |
| cyclosporine | 45, 49 | dasetta 7/7/7 (28) | 34 |
| cyclosporine modified | 45 | daunorubicin | 74 |
| CYRAMZA | 73 | DAURISMO | 74 |
| cyred | 34 | deblitane | 34 |
| cyred eq | 34 | decitabine | 74 |
| CYSTAGON | 103 | deep sea nasal | 107 |
| CYSTARAN | 49 | deferasirox | 92 |
| cytarabine | 73 | DELSTRIGO | 87 |
| cytarabine (pf) | 73 | DENGVAXIA (PF) | 45 |
| | | DEPO-ESTRADIOL | 35 |
| | | DEPO-SUBQ PROVERA 104 | 35 |

D

dacarbazine

73

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|------------|------------------------------|----------|
| DERMACEA | 53 | diazoxide | 97 |
| DESCOVY | 87 | diclofenac potassium | 55 |
| desipramine | 67 | diclofenac sodium | 49, 55 |
| desmopressin | 40 | dicloxacillin | 61 |
| desog-e.estradiol/e.estradiol | 35 | dicyclomine | 31 |
| desogestrel-ethinyl estradiol | 35 | didanosine | 88 |
| desvenlafaxine succinate | 67 | DIFICID | 61 |
| dexamethasone | 40 | digitek | 20 |
| dexamethasone intensol | 40 | digox | 20 |
| dexamethasone sodium phos (pf) | 40 | digoxin | 20 |
| dexamethasone sodium phosphate | 40, 49 | dihydroergotamine | 17 |
| dexmethylphenidate | 27 | dilt-xr | 20 |
| dexrazoxane hcl | 74 | diltiazem hcl | 20 |
| dextroamphetamine sulfate | 27 | dimethyl fumarate | 27 |
| dextroamphetamine-amphetamine | 27 | diphedryl | 107 |
| dextromethorphan-guaifenesin | 107 | diphenhydramine hcl | 101, 107 |
| dextrose | 107 | diphenoxylate-atropine | 31 |
| dextrose 10 % and 0.2 % nacl | 92 | disulfiram | 26 |
| dextrose 10 % in water (d10w) | 92 | DIURIL | 20 |
| dextrose 5 % in water (d5w) | 92 | divalproex | 64 |
| dextrose 5%-0.2 % sod chloride | 92 | DOCEFREZ | 74 |
| dextrose 5%-0.3 % sod.chloride | 92 | docetaxel | 74 |
| DIACOMIT | 64 | docusate calcium | 107 |
| dialyvite 800 | 107 | docusate sodium | 107 |
| diazepam | 57, 58, 64 | DOCUSOL KIDS | 107 |
| diazepam intensol | 58 | dofetilide | 20 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| dok | 107 | DUAVEE | 35 |
| donepezil | 15 | duloxetine | 28 |
| dorzolamide | 49 | DUPIXENT PEN | 45 |
| dorzolamide-timolol | 49 | DUPIXENT SYRINGE | 45 |
| dotti | 35 | dutasteride | 33 |
| DOVATO | 88 | dutasteride-tamsulosin | 33 |
| doxazosin | 20 | d10 %-0.45 % sodium chloride | 92 |
| doxepin | 58 | d2.5 %-0.45 % sodium chloride | 92 |
| doxercalciferol | 25 | d5 % and 0.9 % sodium chloride | 92 |
| doxorubicin | 74 | d5 %-0.45 % sodium chloride | 92 |
| doxorubicin, peg-liposomal | 74 | E | |
| doxy-100 | 61 | EASY COMFORT ALCOHOL PAD | 53 |
| doxycycline hyclate | 61 | EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS | 53 |
| doxycycline monohydrate | 61 | econtra one-step | 107 |
| driminate | 107 | ed-apap | 107 |
| DRISDOL | 104 | EDURANT | 88 |
| DRIZALMA SPRINKLE | 27 | efavirenz..... | 88 |
| dronabinol | 69 | efavirenz-emtricitabin-tenofov | 88 |
| DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) | 53 | efavirenz-lamivu-tenofov disop | 88 |
| DROPLET INSULIN SYRINGE | 53 | EGRIFTA SV | 40 |
| DROPLET MICRON PEN NEEDLE | 53 | electrolyte-a | 92 |
| DROPLET PEN NEEDLE | 53 | electrolyte-148 | 92 |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS | 53 | electrolyte-48 in d5w | 92 |
| DROPSAFE PEN NEEDLE | 53 | ELELYSO | 103 |
| drosiprone-ethinyl estradiol | 35 | ELIGARD (3 MONTH) | 42 |
| DROXIA | 53 | elinest | 35 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|-----------------------------------|----------|
| ELIQUIS | 95 | enoxaparin | 95 |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START | 95 | enpresse | 35 |
| ELMIRON | 33 | enskyce | 35 |
| ELREXFIO | 74 | entacapone | 18 |
| eluryng | 35 | entecavir | 88 |
| ELZONRIS | 74 | ENTRESTO | 20 |
| EMCYT | 74 | ENTRESTO SPRINKLE | 20 |
| EMGALITY PEN | 17 | enulose | 31 |
| EMGALITY SYRINGE | 17 | ENVARUSUS XR | 45 |
| EMPLICITI | 74 | EPCLUSA | 88 |
| EMSAM | 67 | EPIDIOLEX | 64 |
| emtricitabine | 88 | epinephrine | 101 |
| emtricitabine-tenofovir (tdf) | 88 | epirubicin | 74 |
| EMTRIVA | 88 | epitol | 64 |
| emzahh | 35 | EPIVIR HBV | 88 |
| enalapril maleate | 20 | EPKINLY | 74 |
| enalapril-hydrochlorothiazide | 20 | EPRONTIA | 64 |
| endocet | 55 | ERBITUX | 74 |
| enema | 107 | ergocalciferol (vitamin d2) | 104, 107 |
| enema disponible | 107 | ergotamine-caffeine | 17 |
| ENEMEEZ | 107 | eribulin | 74 |
| ENEMEEZ PLUS | 107 | ERIVEDGE | 74 |
| ENGERIX-B (PF) | 45 | ERLEADA | 74 |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) | 45 | erlotinib | 74 |
| ENHERTU | 74 | errin | 35 |
| enilloring | 35 | ertapenem | 61 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-------------|
| ery pads | 30 | exemestane | 75 |
| ERYTHROCIN | 61 | EXKIVITY | 75 |
| erythromycin | 49, 61 | EYSUVIS | 49 |
| erythromycin lactobionate | 61 | ezetimibe | 20 |
| erythromycin with ethanol | 30 | F | |
| escitalopram oxalate | 67 | falmina (28) | 35 |
| esomeprazole magnesium | 31 | famciclovir | 88 |
| estarylla | 35 | famotidine | 31, 32, 107 |
| estradiol | 35 | famotidine (pf) | 32 |
| estradiol valerate | 35 | famotidine (pf)-nacl (iso-os) | 32 |
| estradiol-norethindrone acet | 35 | FANAPT | 85 |
| eszopiclone | 51 | FASENRA PEN | 101 |
| ethambutol | 71 | febuxostat | 16 |
| ethosuximide | 64 | felbamate | 64 |
| ethynodiol diac-eth estradiol | 35 | felodipine | 20 |
| etodolac | 55 | FEMLYV | 35 |
| etonogestrel-ethinyl estradiol | 35 | femynor | 35 |
| ETOPOPHOS | 74 | fenofibrate | 20 |
| etoposide | 75 | fenofibrate micronized | 20 |
| etravirine | 88 | fenofibrate nanocrystallized | 20 |
| EULEXIN | 75 | fentanyl | 55 |
| EUTHYROX | 41 | fentanyl citrate | 55 |
| everolimus (antineoplastic) | 75 | fentanyl citrate (pf) | 55 |
| everolimus (immunosuppressive) | 45 | fesoterodine | 33 |
| EVOMELA | 75 | FETZIMA | 67 |
| EVOTAZ | 88 | FEVERALL | 107 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN | 97 | fluocinolone acetonide oil | 15 |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN | 97 | fluocinolone and shower cap | 30 |
| FIASP U-100 INSULIN | 97 | fluorometholone | 49 |
| fiber (calcium polycarbophil) | 107 | fluorouracil | 30, 75 |
| fiber laxative (ca polycarbo) | 108 | fluoxetine | 67 |
| fiber laxative(methylcellulos) | 108 | fluphenazine decanoate | 85 |
| FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) | 108 | fluphenazine hcl | 85 |
| fiber therapy (m-cellulose) | 108 | flurbiprofen | 55 |
| fiber-lax | 108 | flurbiprofen sodium | 49 |
| finasteride | 33 | fluticasone propion-salmeterol | 101 |
| fingolimod | 28 | fluticasone propionate | 30, 101 |
| FINTEPLA | 64 | fluvastatin | 20 |
| FIRDAPSE | 28 | fluvoxamine | 67 |
| FIRMAGON | 42 | FOLIKA-BC | 108 |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE | 42 | FOLOTYN | 75 |
| flecainide | 20 | FORTEO | 25 |
| FLEET ENEMA | 108 | fosamprenavir | 88 |
| FLEET GLYCERIN LAXATIVE | 108 | fosinopril | 20 |
| FLEET PEDIATRIC | 108 | fosinopril-hydrochlorothiazide | 20 |
| fluconazole | 70 | fosphenytoin | 64 |
| fluconazole in nacl (iso-osm) | 70 | FOTIVDA | 75 |
| flucytosine | 70 | FRUZAQLA | 75 |
| fludarabine | 75 | full spectrum b-vitamin c | 108 |
| fludrocortisone | 40 | furosemide | 20, 21 |
| flunisolide | 101 | FUZEON | 88 |
| fluocinolone | 30 | FYARRO | 75 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|------------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|
| FYCOMPA | 64 | glatopa | 28 |
| G | | GLEOSTINE | 75 |
| gabapentin | 64 | glimepiride | 97 |
| galantamine | 15 | glipizide | 97 |
| gallifrey | 35 | glipizide-metformin | 97 |
| GAMUNEX-C | 45 | glucose gel | 108 |
| GARDASIL 9 (PF) | 45 | glyburide | 97 |
| GAUZE BANDAGE | 53 | glyburide micronized | 97 |
| GAUZE PAD | 53 | glyburide-metformin | 97 |
| gavilax | 108 | glycerin (adult) | 108 |
| gavilyte-c | 32 | glycerin (child) | 108 |
| gavilyte-g | 32 | glycopyrrolate | 32 |
| gavilyte-n | 32 | GLYXAMBI | 97 |
| GAVRETO | 75 | granisetron hcl | 69 |
| GAZYVA | 75 | griseofulvin microsize | 70 |
| gefitinib | 75 | griseofulvin ultramicrosize | 70 |
| gemcitabine | 75 | guaifenesin | 108 |
| gemfibrozil | 21 | guanfacine | 21, 28 |
| generlac | 32 | H | |
| gentak | 49 | HAEGARDA | 45 |
| gentamicin | 49, 61 | hailey | 35 |
| gentamicin in nacl (iso-osm) | 61 | hailey fe 1.5/30 (28) | 35 |
| gentle laxative (bisacodyl) | 108 | hailey fe 1/20 (28) | 35 |
| GENVOYA | 88 | hailey 24 fe | 35 |
| GILOTRIF | 75 | HALAVEN | 75 |
| glatiramer | 28 | haloette | 35 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| haloperidol | 85 | HUMIRA(CF) | 46 |
| haloperidol decanoate | 85 | HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER | 46 |
| haloperidol lactate | 85 | HUMIRA(CF) PEN | 46 |
| HAVRIX (PF) | 45 | HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS | 46 |
| headache relief (asa-acet-caf) | 108 | HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC | 46 |
| healthylax | 108 | HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS | 46 |
| heartburn relief | 108 | HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN | 98 |
| heartburn relief (famotidine) | 108 | HUMULIN N NPH U-100 INSULIN | 98 |
| heather | 36 | HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN | 98 |
| heparin (porcine) | 95 | HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN | 97 |
| heparin, porcine (pf) | 95 | HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN | 97 |
| HEPLISAV-B (PF) | 45 | hydralazine | 21 |
| her style | 108 | hydrochlorothiazide | 21 |
| HIBERIX (PF) | 45 | hydrocodone-acetaminophen | 55 |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 | 97 | hydrocodone-ibuprofen | 55 |
| HUMALOG KWIKPEN INSULIN | 97 | hydrocortisone | 26, 30 |
| HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 | 97 | hydrocortisone-acetic acid | 15 |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN | 97 | hydromorphone | 55 |
| HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN | 97 | hydroxychloroquine | 83 |
| HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN | 97 | hydroxyurea | 75 |
| HUMALOG U-100 INSULIN | 97 | hydroxyzine hcl | 58 |
| HUMATIN | 61 | hydroxyzine pamoate | 101 |
| HUMIRA | 45 | HYFTOR | 30 |
| HUMIRA PEN | 45 | | |
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START | 46 | I | |
| HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS | 46 | ibandronate | 25 |
| | | IBRANCE | 75 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|----------------------------------|-------------|------------------------------------|-----|
| ibu | 55 | INFANRIX (DTAP) (PF) | 46 |
| ibuprofen | 55, 56, 108 | infant pain reliever | 108 |
| icatibant | 46 | infant's acetaminophen | 108 |
| iclevia | 36 | infants' pain and fever | 108 |
| ICLUSIG | 75 | INLYTA | 76 |
| idarubicin | 75 | INQOVI | 76 |
| IDHIFA | 75 | INREBIC | 76 |
| ifosfamide | 75, 76 | INSULIN LISPRO | 98 |
| ILEVRO | 50 | INSULIN SYRINGE | 54 |
| imatinib | 76 | INSULIN SYRINGE MICROFINE | 54 |
| IMBRUVICA | 76 | INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 | 54 |
| IMDELLTRA | 76 | INTELENCE | 88 |
| IMFINZI | 76 | INTRALIPID | 92 |
| imipenem-cilastatin | 61 | INTRON A | 46 |
| imipramine hcl | 67 | INVEGA HAFYERA | 85 |
| imipramine pamoate | 67 | INVEGA SUSTENNA | 85 |
| imiquimod | 30 | INVEGA TRINZA | 85 |
| IMJUDO | 76 | INVOKAMET | 98 |
| IMLYGIC | 76 | INVOKAMET XR | 98 |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) | 46 | INVOKANA | 98 |
| INBRIJA | 18 | IONOSOL-B IN D5W | 92 |
| incassia | 36 | IONOSOL-MB IN D5W | 92 |
| INCONTROL ALCOHOL PADS | 54 | IPOL | 46 |
| INCRELEX | 40 | ipratropium bromide | 101 |
| indapamide | 21 | ipratropium-albuterol | 102 |
| indomethacin | 56 | irbesartan | 21 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|----|----------------------------|-----|
| irbesartan-hydrochlorothiazide | 21 | JARDIANCE | 98 |
| irinotecan | 76 | jasmiel (28) | 36 |
| ISENTRESS | 88 | JAYPIRCA | 76 |
| ISENTRESS HD | 88 | JEMPERLI | 76 |
| isibloom | 36 | jencycla | 36 |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE | 92 | JENTADUETO | 98 |
| ISOLYTE-S | 92 | JENTADUETO XR | 98 |
| isoniazid | 71 | JEVTANA | 76 |
| isosorbide dinitrate | 21 | juleber | 36 |
| isosorbide mononitrate | 21 | JULUCA | 88 |
| isosorbide-hydralazine | 21 | junel fe 1.5/30 (28) | 36 |
| isotretinoin | 30 | junel fe 1/20 (28) | 36 |
| ISTODAX | 76 | junel fe 24 | 36 |
| itraconazole | 70 | junel 1.5/30 (21) | 36 |
| IV PREP WIPES | 54 | junel 1/20 (21) | 36 |
| ivermectin | 83 | JYLAMVO | 46 |
| IWILFIN | 76 | JYNNEOS (PF) | 46 |
| IXCHIQ (PF) | 46 | K | |
| IXEMPRA | 76 | KABIVEN | 92 |
| IXIARO (PF) | 46 | KADCYLA | 76 |
| J | | kalliga | 36 |
| JAKAFI | 76 | KALYDECO | 102 |
| jantoven | 96 | KANJINTI | 76 |
| JANUMET | 98 | kariva (28) | 36 |
| JANUMET XR | 98 | kelnor 1/35 (28) | 36 |
| JANUVIA | 98 | kelnor 1/50 (28) | 36 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|--------|
| KERENDIA | 21 | LAGEVRIO (EUA) | 88 |
| KESIMPTA PEN | 28 | lamivudine | 88, 89 |
| ketoconazole | 70 | lamivudine-zidovudine | 89 |
| ketorolac | 50, 56 | lamotrigine | 64 |
| KEYTRUDA | 76 | LAMPIT | 83 |
| KIMMTRAK | 76 | lanreotide | 42 |
| KINRIX (PF) | 46 | lansoprazole | 32 |
| kionex (with sorbitol) | 92 | LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN | 98 |
| KISQALI | 76 | LANTUS U-100 INSULIN | 98 |
| KISQALI FEMARA CO-PACK | 76, 77 | lapatinib | 77 |
| klayesta | 70 | larin fe 1.5/30 (28) | 36 |
| klor-con m10 | 93 | larin fe 1/20 (28) | 36 |
| KLOR-CON M15 | 93 | larin 1.5/30 (21) | 36 |
| klor-con m20 | 93 | larin 1/20 (21) | 36 |
| KLOR-CON 10 | 93 | larin 24 fe | 36 |
| KLOR-CON 8 | 93 | latanoprost | 50 |
| KOSELUGO | 77 | laxative (bisacodyl) | 108 |
| KRAZATI | 77 | laxative (sennosides) | 108 |
| kurvelo (28) | 36 | LAZCLUZE | 77 |
| KYPROLIS | 77 | leena 28 | 36 |
| L | | leflunomide | 46 |
| l norgest/e.estradiol-e.estrad | 36 | lenalidomide | 77 |
| labetalol | 21 | LENVIMA | 77 |
| lacosamide | 64 | lessina | 36 |
| lactated ringers | 54, 93 | letrozole | 77 |
| lactulose | 32 | leucovorin calcium | 77 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|---------|
| leuprolide | 42 | lincomycin | 61 |
| leuprolide (3 month) | 42 | lindane | 30 |
| levetiracetam | 64, 65 | linezolid | 61 |
| levetiracetam in nacl (iso-os) | 65 | linezolid in dextrose 5% | 61 |
| LEVO-T | 41 | linezolid-0.9% sodium chloride | 61 |
| levobunolol | 50 | LINZESS | 32 |
| levocarnitine | 93 | liothyronine | 42 |
| levocarnitine (with sugar) | 93 | lisinopril | 21 |
| levocetirizine | 102 | lisinopril-hydrochlorothiazide | 21 |
| levofloxacin | 61 | lithium carbonate | 51 |
| levofloxacin in d5w | 61 | lithium citrate | 51 |
| levoleucovorin calcium | 77 | LIVTENCITY | 89 |
| levonest (28) | 36 | lo-zumandimine (28) | 36 |
| levonorg-eth estrad triphasic | 36 | LOCOID LIPOCREAM | 30 |
| levonorgestrel | 108 | LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) | 37 |
| levonorgestrel-ethinyl estrad | 36 | LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) | 37 |
| levora-28 | 36 | LOESTRIN 1.5/30 (21) | 36 |
| levothyroxine | 42 | LOESTRIN 1/20 (21) | 36 |
| LEVOXYL | 42 | lojaimiess | 37 |
| LEXIVA | 89 | LOKELMA | 93 |
| LIBERVANT | 65 | LONSURF | 77 |
| LIBTAYO | 77 | loperamide | 32, 108 |
| lidocaine | 57 | lopinavir-ritonavir | 89 |
| lidocaine hcl | 57 | LOQTORZI | 77 |
| lidocaine viscous | 57 | loratadine | 108 |
| lidocaine-prilocaine | 57 | lorazepam | 58 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|------------------------------------|----|-------------------------------------|---------|
| lorazepam intensol | 58 | LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN | 98 |
| LORBRENA | 77 | LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN | 98 |
| loryna (28) | 37 | LYUMJEV U-100 INSULIN | 98 |
| losartan | 21 | lyza | 37 |
| losartan-hydrochlorothiazide | 21 | M | |
| lovastatin | 21 | m-dryl | 109 |
| low-ogestrel (28) | 37 | M-M-R II (PF) | 46 |
| loxapine succinate | 85 | m-natal plus | 93 |
| lubiprostone | 32 | m-pap | 109 |
| LUMAKRAS | 77 | mag-al plus | 109 |
| LUMIGAN | 50 | mag-al plus extra strength | 109 |
| LUNSUMIO | 77 | magnesium hydroxide | 109 |
| LUPRON DEPOT | 42 | magnesium oxide | 109 |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) | 42 | magnesium sulfate | 93 |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) | 43 | magnesium sulfate in d5w | 93 |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) | 43 | malathion | 30 |
| LUPRON DEPOT-PED | 43 | maraviroc | 89 |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) | 43 | MARGENZA | 78 |
| lurasidone | 85 | marlissa (28) | 37 |
| lutera (28) | 37 | MARPLAN | 67 |
| LYBALVI | 85 | MATULANE | 78 |
| lyleq | 37 | meclizine | 69, 109 |
| lyllana | 37 | medroxyprogesterone | 37 |
| LYNPARZA | 78 | mefloquine | 84 |
| LYSODREN | 78 | megestrol | 37 |
| LYTGOBI | 78 | MEKINIST | 78 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| MEKTOVI | 78 | methylprednisolone | 41 |
| meloxicam | 56 | methylprednisolone acetate | 41 |
| melphalan | 78 | methylprednisolone sodium succ | 41 |
| melphalan hcl | 78 | metoclopramide hcl | 69 |
| memantine | 15 | metolazone | 21 |
| MENACTRA (PF) | 46 | metoprolol succinate | 21 |
| MENEST | 37 | metoprolol ta-hydrochlorothiaz | 22 |
| MENQUADFI (PF) | 46 | metoprolol tartrate | 22 |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) | 46 | metronidazole | 62 |
| mercaptopurine | 78 | metronidazole in nacl (iso-os) | 62 |
| meropenem | 62 | metyrosine | 22 |
| meropenem-0.9% sodium chloride | 62 | MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL | 70 |
| mesalamine | 26 | miconazole nitrate | 109 |
| MESNEX | 78 | miconazole-3 | 70, 109 |
| metformin | 98 | miconazole-7 | 109 |
| methadone | 56 | microgestin fe 1.5/30 (28) | 37 |
| methazolamide | 50 | microgestin fe 1/20 (28) | 37 |
| methenamine hippurate | 62 | microgestin 1.5/30 (21) | 37 |
| methimazole | 43 | microgestin 1/20 (21) | 37 |
| methocarbamol | 100 | microgestin 24 fe | 37 |
| methotrexate sodium | 46 | midodrine | 22 |
| methotrexate sodium (pf) | 46 | mifepristone | 54 |
| methsuximide | 65 | migraine formula | 109 |
| methyldopa | 21 | migraine relief | 109 |
| methyldopa-hydrochlorothiazide | 21 | mili | 37 |
| methylphenidate hcl | 28 | milk of magnesia | 109 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|--------|
| NARCAN | 109 | new day | 110 |
| nasal decongestant (pseudoeph) | 109 | NEXPLANON | 37 |
| nasal moisturizing | 110 | niacin | 22 |
| nasal spray (sodium chloride) | 110 | niacor | 22 |
| nateglinide | 98 | nicotine | 110 |
| NATPARA | 25 | nicotine (polacrilex) | 110 |
| nausea relief | 110 | NICOTROL NS | 26 |
| NAYZILAM | 65 | nifedipine | 22 |
| nebivolol | 22 | nikki (28) | 37 |
| necon 0.5/35 (28) | 37 | nilutamide | 78 |
| nefazodone | 68 | nimodipine | 22 |
| nelarabine | 78 | NINLARO | 78 |
| neomycin | 62 | nitazoxanide | 84 |
| neomycin-bacitracin-poly-hc | 50 | nitisinone | 103 |
| neomycin-bacitracin-polymyxin | 50 | nitrofurantoin macrocrystal | 62 |
| neomycin-polymyxin b-dexameth | 50 | nitrofurantoin monohyd/m-cryst | 62 |
| neomycin-polymyxin-gramicidin | 50 | nitroglycerin | 22, 54 |
| neomycin-polymyxin-hc | 15, 50 | NITROSTAT | 22 |
| NEONATAL COMPLETE | 93 | NIVESTYM | 96 |
| NEONATAL PLUS VITAMIN | 93 | nizatidine | 32 |
| NEONATAL-DHA | 93 | NORA-BE | 37 |
| nephro vitamins | 110 | norelgestromin-ethin.estradiol | 37 |
| NEPHRO-VITE | 110 | noreth-ethinyl estradiol-iron | 37 |
| NEPHRONEX | 110 | norethindrone (contraceptive) | 38 |
| NERLYNX | 78 | norethindrone ac-eth estradiol | 38 |
| nevirapine | 89 | norethindrone acetate | 38 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|------------|
| norethindrone-e.estradiol-iron | 38 | NUTRISOURCE FIBER | 110 |
| norgestimate-ethinyl estradiol | 38 | nyamyc | 70 |
| NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE | 93 | nylia 1/35 (28) | 38 |
| nortrel 0.5/35 (28) | 38 | nylia 7/7/7 (28) | 38 |
| nortrel 1/35 (21) | 38 | nymyo | 38 |
| nortrel 1/35 (28) | 38 | nystatin | 70 |
| nortrel 7/7/7 (28) | 38 | nystatin-triamcinolone | 70 |
| nortriptyline | 68 | nystop | 70 |
| NORVIR | 89 | 0 | |
| NOVOLIN N FLEXPEN | 99 | ocella | 38 |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN | 99 | octreotide acetate | 43 |
| NOVOLIN R FLEXPEN | 99 | octreotide,microspheres | 43 |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN | 99 | ODEFSEY | 89 |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 | 98 | ODOMZO | 78 |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN | 99 | OFEV | 102 |
| NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN | 99 | ofloxacin | 15, 50, 62 |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN | 99 | OGSIVEO | 78 |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 | 99 | OJEMDA | 78 |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN | 99 | OJJAARA | 78 |
| NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART | 99 | olanzapine | 86 |
| NOVOPEN ECHO | 54 | olmesartan | 22 |
| NUBEQA | 78 | olmesartan-hydrochlorothiazide | 22 |
| NUCALA | 102 | olopatadine | 50 |
| NUEDEXTA | 28 | omega-3 acid ethyl esters | 22 |
| NUPLAZID | 86 | omeprazole | 32 |
| NUTRILIPID | 93 | OMNITROPE | 40 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|-------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| ONCASPAR | 78 | paclitaxel | 79 |
| ondansetron | 69 | paclitaxel protein-bound | 79 |
| ondansetron hcl | 69 | PADCEV | 79 |
| ondansetron hcl (pf) | 69 | pain relief (acetaminophen) | 110 |
| ONIVYDE | 78 | pain relief es (acetaminophen) | 110 |
| ONUREG | 79 | pain reliever (acetaminophen) | 110 |
| OPDIVO | 79 | pain reliever es(acetaminophn) | 110 |
| OPDUALAG | 79 | pain reliever plus | 110 |
| OPSUMIT | 102 | paliperidone | 86 |
| OPSYNVI | 102 | pamidronate | 25 |
| option-2 | 110 | PANRETIN | 79 |
| OPVEE | 26 | pantoprazole | 32 |
| ORACIT | 104 | pantoprazole in 0.9% sod chlor | 32 |
| ORGOVYX | 79 | paraplatin | 79 |
| ORSERDU | 79 | paricalcitol | 25 |
| oseltamivir | 89 | paromomycin | 62 |
| OSPHENA | 38 | paroxetine hcl | 68 |
| oxaliplatin | 79 | PAXLOVID | 89 |
| oxandrolone | 38 | pazopanib | 79 |
| oxcarbazepine | 65 | PEDIA-LAX | 110 |
| oxybutynin chloride | 33 | pedia-lax stool softener | 110 |
| oxycodone | 56 | PEDIARIX (PF) | 47 |
| oxycodone-acetaminophen | 56 | PEDVAX HIB (PF) | 47 |
| OZEMPIC | 99 | peg 3350-electrolytes | 32 |
| | | peg-electrolyte soln | 32 |
| | | PEGASYS | 47 |
| PACERONE | 22 | | |

P

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|----------------------------------|----|-------------------------------------|--------|
| PEMAZYRE | 79 | phenytoin sodium | 65 |
| pemetrexed | 79 | phenytoin sodium extended | 65 |
| pemetrexed disodium | 79 | phytonadione (vitamin k1) | 104 |
| PEMRYDI RTU | 79 | PIFELTRO | 89 |
| PEN NEEDLE, DIABETIC | 54 | pilocarpine hcl | 29, 50 |
| PENBRAYA (PF) | 47 | pimecrolimus | 31 |
| penicillamine | 93 | pimozide | 86 |
| penicillin g potassium | 62 | pimtrea (28) | 38 |
| penicillin g procaine | 62 | pinaway | 110 |
| penicillin g sodium | 62 | pink bismuth | 110 |
| penicillin v potassium | 62 | pinworm treatment | 110 |
| PENTACEL (PF) | 47 | pioglitazone | 99 |
| pentamidine | 84 | piperacillin-tazobactam | 62 |
| pentoxifylline | 22 | PIQRAY | 79 |
| PERIKABIVEN | 93 | pirfenidone | 102 |
| perindopril erbumine | 22 | piroxicam | 57 |
| periogard | 29 | PLASMA-LYTE A | 93 |
| PERJETA | 79 | PLASMA-LYTE 148 | 93 |
| permethrin | 31 | podofilox | 31 |
| perphenazine | 86 | POLIVY | 79 |
| perphenazine-amitriptyline | 68 | polycin | 50 |
| pfizerpen-g | 62 | polyethylene glycol 3350 | 110 |
| phenelzine | 68 | polymyxin b sulf-trimethoprim | 50 |
| phenobarbital | 65 | polymyxin b sulfate | 62 |
| PHENYTEK | 65 | POMALYST | 79 |
| phenytoin | 65 | portia 28 | 38 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|----|-------------------------------------|--------|
| PORTRAZZA | 79 | prednisolone acetate | 50 |
| posaconazole | 71 | prednisolone sodium phosphate | 41, 50 |
| potassium chlorid-d5-0.45%nacl | 93 | prednisone | 41 |
| potassium chloride | 93 | prednisone intensol | 41 |
| potassium chloride in lr-d5 | 94 | pregabalin | 28 |
| potassium chloride in water | 94 | PREHEVBRIO (PF) | 47 |
| potassium chloride in 0.9%nacl | 93 | PREMARIN | 38 |
| potassium chloride in 5 % dex | 94 | PREMASOL 10 % | 94 |
| potassium chloride-d5-0.2%nacl | 94 | PRENATA | 94 |
| potassium chloride-d5-0.3%nacl | 94 | PRENATABS FA | 94 |
| potassium chloride-d5-0.9%nacl | 94 | prenatal plus (calcium carb) | 94 |
| potassium chloride-0.45 % nacl | 94 | prenatal plus vitamin-mineral | 94 |
| potassium citrate | 94 | PRENATE ELITE | 94 |
| POTELIGEO | 79 | prevalite | 23 |
| pr natal 400 | 94 | PREVYMIS | 89 |
| pr natal 400 ec | 94 | PREZCOBIX | 89 |
| pr natal 430 | 94 | PREZISTA | 89 |
| pr natal 430 ec | 94 | PRIFTIN | 71 |
| pralatrexate | 80 | primaquine | 84 |
| pramipexole | 18 | primidone | 65 |
| prasugrel | 96 | PRIMSOL | 62 |
| pravastatin | 23 | PRIORIX (PF) | 47 |
| praziquantel | 84 | PRO COMFORT ALCOHOL PADS | 54 |
| prazosin | 23 | probenecid | 16 |
| PRED-G | 50 | probenecid-colchicine | 16 |
| prednisolone | 41 | procainamide | 23 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|-------------------------------------|-----|
| prochlorperazine | 69 | pyridoxine (vitamin b6) | 104 |
| prochlorperazine edisylate | 69 | pyrimethamine | 84 |
| prochlorperazine maleate | 69 | Q | |
| procto-med hc | 31 | QINLOCK..... | 80 |
| proctosol hc | 31 | QUADRACEL (PF) | 47 |
| proctozone-hc | 31 | quetiapine | 86 |
| progesterone | 38 | quinapril | 23 |
| progesterone micronized | 38 | quinapril-hydrochlorothiazide | 23 |
| PROGRAF | 47 | quinidine sulfate | 23 |
| PROLIA | 25 | quinine sulfate | 84 |
| PROMACTA..... | 96 | QULIPTA | 17 |
| promethazine | 69 | R | |
| promethazine-codeine | 104 | RABAVERT (PF) | 47 |
| propafenone | 23 | RADICAVA ORS | 28 |
| proparacaine | 50 | RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP..... | 28 |
| propranolol | 23 | raloxifene | 38 |
| propranolol-hydrochlorothiazid | 23 | ramipril | 23 |
| propylthiouracil | 43 | ranolazine | 23 |
| PROQUAD (PF) | 47 | rasagiline | 18 |
| protriptyline | 68 | ready-to-use enema | 110 |
| pseudoephedrine hcl | 110 | reclipsen (28) | 38 |
| PULMOZYME | 102 | RECOMBIVAX HB (PF) | 47 |
| PURE COMFORT ALCOHOL PADS | 54 | reese's pinworm medicine | 110 |
| PURIXAN | 80 | RELENZA DISKHALER | 89 |
| pyrazinamide | 71 | rena-vite..... | 110 |
| pyridostigmine bromide | 16 | rena-vite rx | 110 |
| | | renal vitamin..... | 110 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|-----------------------------|--------|-----------------------|-----|
| reno caps | 111 | rizatriptan | 17 |
| repaglinide | 99 | ROCKLATAN | 50 |
| REPATHA PUSHTRONEX | 23 | roflumilast | 102 |
| REPATHA SURECLICK | 23 | romidepsin | 80 |
| REPATHA SYRINGE | 23 | ropinirole | 18 |
| RETACRIT | 96 | rosuvastatin | 23 |
| RETEVMO | 80 | ROTARIX | 47 |
| RETROVIR | 89 | ROTATEQ VACCINE | 47 |
| REXULTI | 86 | roweepra | 65 |
| REYATAZ | 89 | roweepra xr | 65 |
| REZLIDHIA | 80 | ROZLYTREK | 80 |
| RHOPRESSA | 50 | RUBRACA | 80 |
| RIABNI | 80 | rufinamide | 65 |
| ribavirin | 89, 90 | RUKOBIA | 90 |
| rifabutin | 71 | RUXIENCE | 80 |
| rifampin | 71 | RYBELSUS | 99 |
| riluzole | 28 | RYBREVANT | 80 |
| rimantadine | 90 | RYDAPT | 80 |
| ringer's | 54, 94 | RYLAZE | 80 |
| RINVOQ | 47 | RYTELO | 80 |
| RINVOQ LQ | 47 | | |
| risedronate | 25 | | |
| RISPERDAL CONSTA | 86 | | |
| risperidone | 86 | | |
| ritonavir | 90 | | |
| rivastigmine tartrate | 15 | | |

S

| | |
|-------------------------|-----|
| sajazir | 47 |
| saline mist | 111 |
| saline nasal | 111 |
| saline nasal mist | 111 |
| saline nose | 111 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|---------------------------------|-----|--------------------------------------|----------|
| SANDIMMUNE | 47 | sertraline | 68 |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT | 43 | setlakin | 38 |
| SANTYL | 31 | sharobel | 38 |
| sapropterin | 103 | SHINGRIX (PF) | 47 |
| SARCLISA | 80 | SIGNIFOR | 43 |
| saxagliptin | 99 | sildenafil (pulm.hypertension) | 102 |
| SCEMBLIX | 80 | silodosin | 33 |
| scopolamine base | 69 | silver sulfadiazine | 31 |
| se-natal 19 chewable | 94 | SIMBRINZA | 50 |
| SECUADO | 86 | simliya (28) | 38 |
| selegiline hcl | 18 | simvastatin | 23 |
| SELZENTRY | 90 | sirolimus | 47, 48 |
| senexon-s | 111 | SIRTURO | 71 |
| senna | 111 | SKYRIZI | 48 |
| senna lax | 111 | SMOFLIPID | 94 |
| senna laxative | 111 | smooth antacid | 111 |
| senna leaf extract | 111 | sodium bicarbonate | 94, 111 |
| senna plus | 111 | SODIUM BICARBONATE (BULK) | 104, 111 |
| senna-s | 111 | sodium chloride | 54, 94 |
| senna-time s | 111 | sodium chloride 0.45 % | 94 |
| senosides | 111 | sodium chloride 0.9 % | 94 |
| senosides-docusate sodium | 111 | sodium chloride 3 % hypertonic | 94 |
| SENOKOT | 111 | sodium chloride 5 % hypertonic | 94 |
| SENOKOT EXTRA STRENGTH | 111 | sodium citrate-citric acid | 111 |
| SENOKOT KIDS | 111 | sodium oxybate | 51 |
| SENOKOT-S | 111 | sodium phenylbutyrate | 103 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| sodium polystyrene sulfonate | 95 | STIOLTO RESPIMAT | 102 |
| sodium,potassium,mag sulfates | 32 | STIVARGA | 80 |
| solifenacin | 33 | stomach relief | 111 |
| SOLQUA 100/33 | 99 | stool softener | 111 |
| SOLTAMOX | 80 | stool softener (docusate cal) | 112 |
| SOLU-MEDROL | 41 | stool softener-laxative | 112 |
| SOLU-MEDROL (PF) | 41 | stool softener-stimulant laxat | 112 |
| SOMAVERT | 43 | STRENSIQ | 103 |
| sorafenib | 80 | streptomycin | 62 |
| SORBITOL | 111 | STRIBILD | 90 |
| sorine | 23 | STRIVERDI RESPIMAT | 102 |
| sotalol | 23 | subvenite | 65 |
| sotalol af | 23 | subvenite starter (blue) kit | 65 |
| SPIRIVA RESPIMAT | 102 | subvenite starter (green) kit | 65 |
| SPIRIVA WITH HANDIHALER | 102 | subvenite starter (orange) kit | 66 |
| spironolacton-hydrochlorothiaz | 23 | sucrafate | 32 |
| spironolactone | 23 | sudogest | 112 |
| sprintec (28) | 38 | SUFLAVE | 32 |
| SPRITAM | 65 | sulfacetamide sodium | 50, 62 |
| SPRYCEL | 80 | sulfacetamide-prednisolone | 50 |
| SPS (WITH SORBITOL) | 95 | sulfadiazine | 62 |
| sronyx | 38 | sulfamethoxazole-trimethoprim | 63 |
| SSD | 31 | sulfasalazine | 26 |
| stavudine | 90 | sulindac | 57 |
| STELARA | 48 | sumatriptan | 17 |
| stimulant laxative plus | 111 | sumatriptan succinate | 17 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|----|
| sunitinib malate | 80 | tarina fe 1-20 eq (28) | 39 |
| SUNLENCA | 90 | tarina fe 1/20 (28) | 39 |
| suphedrin | 112 | tarina 24 fe | 38 |
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS | 54 | TASIGNA | 81 |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS | 54 | tasimelteon | 51 |
| SUTAB | 32 | tazarotene | 31 |
| syeda | 38 | taztia xt | 23 |
| SYMBICORT | 102 | TAZVERIK | 81 |
| SYMPAZAN | 66 | TDVAX | 48 |
| SYMTUZA | 90 | TECENTRIQ | 81 |
| SYNJARDY | 99 | TECENTRIQ HYBREZA | 81 |
| SYNJARDY XR | 99 | TECVAYLI | 81 |
| SYNRIBO | 80 | TEFLARO | 63 |
| SYNTHROID | 42 | telmisartan | 23 |
| T | | | |
| TABRECTA | 80 | telmisartan-amlodipine | 24 |
| tacrolimus | 31, 48 | temazepam | 51 |
| tadalafil | 33 | temsirolimus | 81 |
| tadalafil (pulm. hypertension) | 102 | TENIVAC (PF) | 48 |
| TAFINLAR | 80, 81 | tenofovir disoproxil fumarate | 90 |
| TAGRISSO | 81 | TEPMETKO | 81 |
| TALICIA | 32 | terazosin | 24 |
| TALVEY | 81 | terbinafine hcl | 71 |
| TALZENNA | 81 | terconazole | 71 |
| tamoxifen | 81 | teriflunomide | 28 |
| tamsulosin | 33 | testosterone | 39 |
| | | testosterone cypionate | 39 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| testosterone enanthate | 39 | tobramycin in 0.225 % nacl | 63 |
| TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) | 48 | tobramycin sulfate | 63 |
| tetrabenazine | 28 | tobramycin-dexamethasone | 51 |
| TEVIMBRA | 81 | tolterodine | 33 |
| THALOMID | 81 | topiramate | 66 |
| theophylline | 102 | topotecan | 81 |
| thiamine hcl (vitamin b1) | 104 | toremifene | 81 |
| thioridazine | 86 | torpenz | 81 |
| thiotepa | 81 | torse mide | 24 |
| thiothixene | 86 | TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR | 99 |
| tiadylt er | 24 | TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN | 99 |
| tiagabine | 66 | TPN ELECTROLYTES | 95 |
| TIBSOVO | 81 | TRADJENTA | 99 |
| TICOVAC | 48 | tramadol | 57 |
| tigecycline | 63 | trandolapril | 24 |
| tilia fe | 39 | tranexamic acid | 96 |
| timolol maleate | 24, 50 | tranylcypro mine | 68 |
| tinidazole | 63 | TRAVASOL 10 % | 95 |
| tioconazole | 112 | travoprost | 51 |
| tioconazole-1 | 112 | TRAZIMERA | 81 |
| TIROSINT-SOL | 42 | trazodone | 68 |
| TIVDAK | 81 | TRECTOR | 71 |
| TIVICAY | 90 | TRELEGY ELLIPTA | 102 |
| TIVICAY PD | 90 | TRELSTAR | 43 |
| tizanidine | 16 | TREMFYA | 48 |
| tobramycin | 51 | TREMFYA PEN | 48 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|----------|
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 | 99 | TRIKAFTA | 102, 103 |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 | 99 | trimethoprim | 63 |
| TRESIBA U-100 INSULIN | 99 | trimipramine | 68 |
| tretinoin | 31 | trinatal rx 1 | 95 |
| tretinoin (antineoplastic) | 81 | TRINTELLIX | 68 |
| tri-buffered aspirin | 112 | TRISENOX | 81 |
| tri-estarylla | 39 | TRIUMEQ | 90 |
| tri-legest fe | 39 | TRIUMEQ PD | 90 |
| tri-linyah | 39 | trivora (28) | 39 |
| tri-lo-estarylla | 39 | TRIZIVIR | 90 |
| tri-lo-marzia | 39 | TRODELVY | 81 |
| tri-lo-mili | 39 | TROGARZO | 90 |
| tri-lo-sprintec | 39 | TROPHAMINE 10 % | 95 |
| tri-mili | 39 | TRUE COMFORT ALCOHOL PADS | 54 |
| tri-nymyo | 39 | TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS | 54 |
| tri-sprintec (28) | 39 | trueplus glucose | 112 |
| tri-vylibra | 39 | TRULICITY | 100 |
| tri-vylibra lo | 39 | TRUMENBA | 48 |
| triamcinolone acetonide | 29, 41 | TRUQAP | 81 |
| triamterene-hydrochlorothiazid | 24 | TUKYSA | 81 |
| triderm | 41 | tulana | 39 |
| trientine | 95 | TURALIO | 82 |
| trifluoperazine | 86 | turqoz (28) | 39 |
| trifluridine | 51 | tusnel diabetic | 112 |
| trihexyphenidyl | 18 | tusnel-ex | 112 |
| TRIJARDY XR | 100 | tussin dm | 112 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| tussin dm clear | 112 | VAQTA (PF) | 48 |
| tussin mucus-chest congestion | 112 | varenicline | 26 |
| TWINRIX (PF) | 48 | VARIVAX (PF) | 48 |
| TYBOST | 90 | VASCEPA | 24 |
| TYMLOS | 25 | VAXCHORA VACCINE | 48 |
| TYPHIM VI | 48 | VECTIBIX | 82 |
| U | | | |
| UBRELVY | 17 | velivet triphasic regimen (28) | 39 |
| UDENYCA | 96 | VEMLIDY | 90 |
| UDENYCA AUTOINJECTOR | 96 | VENCLEXTA | 82 |
| UDENYCA ONBODY | 96 | VENCLEXTA STARTING PACK | 82 |
| ULTILET ALCOHOL SWAB | 54 | venlafaxine | 68 |
| UNITHROID | 42 | VENTOLIN HFA | 103 |
| UNITUXIN | 82 | verapamil | 24 |
| ursodiol | 33 | VERQUOVO | 24 |
| V | | | |
| valacyclovir | 90 | VERSACLOZ | 86 |
| VALCHLOR | 82 | VERZENIO | 82 |
| valganciclovir | 90 | vestura (28) | 39 |
| valproate sodium | 66 | vienva | 39 |
| valproic acid | 66 | vigabatrin | 66 |
| valproic acid (as sodium salt) | 66 | vigadrone | 66 |
| valsartan | 24 | VIGAFYDE | 66 |
| valsartan-hydrochlorothiazide | 24 | vigpoder | 66 |
| VALTOCO | 66 | VIIBRYD | 68 |
| vancomycin | 63 | vilazodone | 68 |
| VANFLYTA | 82 | vinblastine | 82 |
| | | vincasar pfs | 82 |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

| | | | |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|-----|
| xulane | 39 | zoledronic acid | 25 |
| Y | | | |
| YERVOY | 83 | zoledronic acid-mannitol-water | 25 |
| YF-VAX (PF) | 49 | ZOLINZA | 83 |
| YONDELIS | 83 | zolpidem | 51 |
| Z | | | |
| zafemy | 39 | ZONISADE | 66 |
| zafirlukast | 103 | zonisamide | 66 |
| zaleplon | 51 | zovia 1-35 (28) | 40 |
| ZALTRAP | 83 | ZTALMY | 66 |
| ZANOSAR | 83 | ZUBSOLV | 26 |
| zarah | 40 | zumandimine (28) | 40 |
| ZARXIO | 96 | ZURZUVAE | 68 |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR | 100 | ZYDELIG | 83 |
| ZEGALOGUE SYRINGE | 100 | ZYKADIA | 83 |
| ZEJULA | 83 | ZYNLONTA | 83 |
| ZELBORAF | 83 | ZYNYZ | 83 |
| ZEMAIRA | 103 | ZYPITAMAG | 24 |
| zenatane | 31 | ZYPREXA RELPREVV | 87 |
| ZEPZELCA | 83 | 3-day vaginal | 104 |
| ZEVALIN (Y-90) | 54 | | |
| zidovudine | 90, 91 | | |
| ziprasidone hcl | 87 | | |
| ziprasidone mesylate | 87 | | |
| ZIRABEV | 83 | | |
| ZIRGAN | 91 | | |
| zoledronic ac-mannitol-0.9nacl | 25 | | |

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 10/16/2024.

Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

| | | | |
|--|----|--|-----|
| Enfermedades del oído..... | 15 | Enfermedades del ojo..... | 49 |
| Demencia..... | 15 | Trastorno bipolar..... | 51 |
| ..... | 16 | Trastorno del sueño..... | 51 |
| ..... | 16 | ..... | 52 |
| Miastenia grave..... | 16 | Dolor..... | 55 |
| Migrañas..... | 17 | Dolor local..... | 57 |
| ..... | 17 | Ansiedad..... | 57 |
| Enfermedades relacionadas con el corazón..... | 18 | Infecciones bacterianas..... | 58 |
| ..... | 24 | Convulsiones..... | 63 |
| ..... | 25 | Depresión..... | 67 |
| ..... | 26 | Nausea y vómitos..... | 68 |
| Enfermedades del sistema nervioso..... | 27 | Infecciones por hongos..... | 69 |
| Enfermedades orales y dentales..... | 29 | Tuberculosis..... | 71 |
| Enfermedades de la piel..... | 29 | Cáncer..... | 71 |
| Enfermedades gastrointestinales..... | 31 | Infecciones por parásitos..... | 83 |
| Enfermedades de la vejiga y la próstata..... | 33 | Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo..... | 84 |
| Desbalance de hormonas sexuales..... | 34 | Infecciones virales..... | 87 |
| Reemplazo de la hormona pituitaria..... | 40 | Deficiencias de vitaminas..... | 91 |
| ..... | 40 | ..... | 95 |
| Reemplazo de la hormona tiroidea..... | 41 | Diabetes..... | 97 |
| ..... | 42 | ..... | 100 |
| Enfermedades tiroideas hiperactivas..... | 43 | ..... | 100 |
| Enfermedades del sistema inmune y vacunas..... | 44 | ..... | 100 |

.....103

.....104

.....104



Puede encontrar información sobre lo que significan los símbolos y abreviaturas de esta tabla en la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual del afiliado para obtener información sobre sus derechos.

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, idioma, historia clínica, historial de reclamaciones, discapacidad física o mental, información genética o fuente de pago. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles estatales y federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-800-787-3311** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el: **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-787-3311 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Gold Plus Integrated (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

簡體中文 (Simplified): 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

廣東話 (Cantonese): 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (French): Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese): Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-787-3311 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Deutsch (German): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-787-3311 (TTY: 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Русский (Russian): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

العربية Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

हिंदी (Hindi): हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-787-3311 (TTY: 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano (Italian): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portuguese): Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish): Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

日本語 (Japanese): 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-787-3311 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 10/16/2024. PARA PEDIR INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana[®]