

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 04/01/2025. 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?	13
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
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	115

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

-
- 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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 115.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 154. 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 04/01/2025.

-
- 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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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.

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 04/01/2025.

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

Cuando nos referimos a medicamentos, esto puede significar un medicamento o un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos que son más complejos que los medicamentos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen formas que se llaman biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan tan bien como el producto biológico original y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por los medicamentos de marca.

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

B15. ¿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.

B16. ¿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.

B17. ¿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.

B18. ¿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 04/01/2025.

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 115. 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.

LA = Acceso limitado; El plan de salud ha autorizado a ciertas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere un manejo adicional, coordinación médica o educación del paciente. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información adicional.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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)	
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)	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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)	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 80 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>gemfibrozil 600 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrochlorothiazide 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril 30 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pravastatin 20 mg, 40 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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 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)	
KLOXXADO 8 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 30 días)
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 tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(53 cada 28 días)
varenicline tartrate 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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>fingolimod 0.5 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>glatiramer 20 mg/ml SYRINGE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>glatiramer 40 mg/ml SYRINGE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>glatopa 20 mg/ml SYRINGE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>glatopa 40 mg/ml SYRINGE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{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)
<i>methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
NUFEXSTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>pregabalin 20 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE</i> ^{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)
<i>riluzole 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>tetrabenazine 12.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>tetrabenazine 25 mg TABLET</i> ^{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 04/01/2025.

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 04/01/2025.

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>clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
<i>clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % FOAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 28 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 % SHAMPOO</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mometasone 0.1 % CREAM ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT ^{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
alosetron 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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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 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)	
MOVANTIK 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), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 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)	

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
tropium 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
apri 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aubra 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aubra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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)
elimest 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 0.25-0.035 mg 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>falmina</i> (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>feirza</i> 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>gallifrey</i> 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey</i> 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloette</i> 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>heather</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>iclevia</i> 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>incassia</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>isibloom</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>jasmiel</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>jencycla</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>juleber</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe</i> 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>kalliga</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>kariva</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>kelnor</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>kelnor</i> 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>kurvelo</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>l norgest/e.estradiol-e.estrad</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>larin</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>leena</i> 28 0.5/1/0.5-35 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lessina</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonest</i> (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>levora-28</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lo-zumandimine</i> (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)	
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)	
<i>lojaimiess</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>loryna</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>low-ogestrel</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lutra</i> (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyleq</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyllana</i> 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)
<i>lyza</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone</i> 150 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
<i>medroxyprogesterone</i> 150 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
<i>megestrol</i> 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol</i> 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)	
<i>microgestin</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe</i> 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe</i> 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mili 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mono-linyah 0.25-0.035 mg 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)	
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-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg 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)
pimtreea (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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>raloxifene 60 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>sharobel 0.35 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sprintec (28) 0.25-0.035 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>syeda 3-0.03 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1-20 eq(28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(37.5 cada 30 días)
<i>testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
<i>testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>testosterone enanthate 200 mg/ml OIL</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(25 cada 90 días)
<i>tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tulana 0.35 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>turqoz (28) 0.3-30 mg-mcg 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valtya 1-50 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)	
viorele (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 0.25-0.035 mg 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)	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) 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)
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

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 04/01/2025.

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)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
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 MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM 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 04/01/2025.

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
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
EUTHYROX 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 1)	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
<i>lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.3 cada 28 días)
<i>leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> 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)
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)
<i>octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON</i> 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

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 04/01/2025.

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
<i>methimazole 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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
ABRYSVO (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 20 MG/0.2 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
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-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 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)	
<i>azathioprine 50 mg TABLET</i> ^{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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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 PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
<i>cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAIXIA (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 MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) 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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
MENQUADEI (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)	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC 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-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> 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 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> 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)	
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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC 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)
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
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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
<i>EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION</i> 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>gentamicin 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
<i>ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
<i>latanoprost 0.005 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 días)
<i>levobunolol 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>LUMIGAN 0.01 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
<i>methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>proparacaine 0.5 % 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
tobramycin 0.3 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS ^{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
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lithium citrate 8 meq/5 ml SOLUTION ^{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
BELSOMRA 10 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
<i>zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION ^{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)	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE ^{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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO</i>	\$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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" 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)	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
ringer's SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 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)	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
water for irrigation, sterile SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
XDEMZY 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

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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
ibuprofen 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
ketorolac 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET 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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tramadol 50 mg TABLET ^{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
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM ^{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
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
bupirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
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)

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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, 3 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)	
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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)	
<i>ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION</i> ^{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)	
<i>HUMATIN 250 MG CAPSULE</i> ^{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)	
<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)	

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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, 200 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
clobazam 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)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE ^{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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>epitol 200 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (480 cada 30 días)
<i>ethosuximide 250 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate 400 mg, 600 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION</i> ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
<i>fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(680 cada 28 días)
<i>FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>FYCOMPA 2 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
<i>gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2250 cada 30 días)
<i>gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>lacosamide 10 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1395 cada 30 días)
<i>lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam 250 mg TABLET FOR SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
<i>levetiracetam 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 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)

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
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline 25 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC ^{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)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. ^{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)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. ^{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)	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{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)	
<i>nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline 10 mg/5 ml 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
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)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	\$0 (Nivel 2)	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 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
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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>PRIETIN 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)
<i>abirtega 250 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	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 04/01/2025.

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 160 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (240 cada 30 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
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)	
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (75 cada 28 días)
<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

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 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)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
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)	
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
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>erlotinib 25 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<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
GOMEKLI 1 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GOMEKLI 1 MG, 2 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GRAFAPEX 1 GRAM, 5 GRAM RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamida 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ifosfamida 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
imatinib 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET 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
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
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(120 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)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ITOVEBI 3 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
ITOVEBI 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IVRA 90 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
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 X2), 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)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	\$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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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 240 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 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
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>melfhalan 2 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>melfhalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesna 400 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO}	\$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</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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
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)
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 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)
<i>oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL</i>	\$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
<i>paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pazopanib 200 mg TABLET DL</i>	\$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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 21 días)
<i>pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION</i> 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
<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)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
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
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
SCSEMBLIX 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (120 cada 30 días)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (60 cada 30 días)
SCSEMBLIX 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 DL</i>	\$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 DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL (28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
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)
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)
TAGRISSE 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO	\$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)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
toremifene 60 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	\$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
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	\$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)
TURALIO 125 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
VYLOY 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
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 (10 MG X 4) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 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)
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
ZIIHERA 300 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
<i>albendazole 200 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
<i>hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine 250 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitazoxanide 500 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>praziquantel 600 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pyrimethamine 25 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(42 cada 7 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 04/01/2025.

ANTIPSIKÓTICOS - 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)
<i>aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(750 cada 30 días)
<i>aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET</i> 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)
<i>asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET</i> 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)
<i>chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine 100 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
<i>clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>clozapine 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(135 cada 30 días)
<i>clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(135 cada 30 días)
<i>clozapine 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1080 cada 30 días)
<i>clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(1080 cada 30 días)
<i>clozapine 50 mg TABLET</i> 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)
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR</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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE</i> ^{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)
<i>loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>lurasidone 80 mg TABLET</i> ^{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)
<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)
OPIPZA 10 MG FILM ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine 100 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>quetiapine 150 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>quetiapine 200 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO</i>	\$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 MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO</i>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
<i>risperidone 0.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO</i>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)
<i>risperidone 1 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$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 MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
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)
<i>ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO</i>	\$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)

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 04/01/2025.

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
<i>abacavir 20 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
<i>abacavir 300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir 5 % OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>adefovir 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
<i>atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>atazanavir 300 mg CAPSULE</i> ^{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)
<i>darunavir 600 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>darunavir 800 mg TABLET</i> ^{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)
<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-emtricitabine-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, 600-300-300 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
EPTIVIR 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)
<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)
<i>lamivudine 150 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lamivudine 300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET</i> 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)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>maraviroc 150 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
<i>maraviroc 300 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>nevirapine 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR.</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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION</i> ^{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)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>oseltamivir 30 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
<i>oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
<i>oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{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 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 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)	
<i>ribavirin 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET 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)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION 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)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
<i>bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE</i> 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
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
<i>complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK</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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL (30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK 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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET 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
penicillamine 250 mg TABLET 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)	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
sodium polystyrene sulfonate POWDER 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
trientine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

PRODUCTOS SANGUINEOS 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)	
<i>jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{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)
<i>prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>rivaroxaban 2.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>tranexamic acid 650 mg TABLET</i> 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)
<i>warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>warfarin 5 mg TABLET</i> 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)

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)	
BAQSIMI 3 MG/ACTION SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 2)	
<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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET 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 INSULN 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)INSULN 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)	
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 INSULN 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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET MO	\$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)
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 1.5 MG, 4 MG, 9 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
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)	
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)	

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 04/01/2025.

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>carisoprodol 350 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET</i> ^{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
<i>acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> ^{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)
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
<i>alyq 20 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION 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)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 30 días)
EASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
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)

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pirfenidone 267 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>roflumilast 250 mcg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
<i>roflumilast 500 mcg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET</i> 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(30.6 cada 30 días)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR.</i> 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)
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)
<i>wixela inhub 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>zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET</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 04/01/2025.

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
<i>betaine 1 gram/scoop POWDER</i> 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
<i>nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET</i> 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

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)	

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION (*)	\$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)	
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)	

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 KIDS 100 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)	
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)	

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

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

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 04/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 04/01/2025.

D. Índice de medicamentos

A	
abacavir	89
abacavir-lamivudine	89
ABELCET	70
ABILIFY ASIMTUFIG	86
ABILIFY MAINTENA	86
abiraterone	72
abirtega	72
ABRYOVO (PF)	44
acamprosate	26
acarbose	98
acutane	29
acebutolol	18
acetaminophen	106
acetaminophen-codeine	55
acetazolamide	18
acetic acid	59
acetylcysteine	52, 102
acid gone antacid	106
acid gone antacid e.strength	106
acid reducer (famotidine)	106
acitretin	29
ACTHIB (PF)	44
ACTIMMUNE	44
acyclovir	89
acyclovir sodium	89
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	44
ADALIMUMAB-ADAZ	44
ADALIMUMAB-ADBM	44
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	44
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	44
adapalene	29
ADCETRIS	73
adefovir	89
ADEMPAS	102
ADRIAMYCIN	73
ADSTILADRIN	52
adult aspirin regimen	106
adult tussin chest congestion	106
ADVAIR HFA	102
afirmelle	34
AKEEGA	73
albendazole	85
albuterol sulfate	102
ALCAINE	49
ALCOHOL PADS	52
ALCOHOL PREP PADS	52
ALCOHOL SWABS	52
ALCOHOL WIPES	52
ALECENSA	73

alendronate	24	ambresentan	102
alfuzosin	33	amikacin	59
ALIQOPA	73	amiloride	18
aliskiren	18	amiloride-hydrochlorothiazide	18
all day allergy (cetirizine)	106	aminophylline	102
all day pain relief	106	AMINOSYN II 10 %	93
all day relief	106	AMINOSYN II 7 %	93
aller-g-time	106	AMINOSYN II 8.5 %	93
allergy (diphenhydramine)	106	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	93
allergy relief (cetirizine)	106	AMINOSYN M 3.5 %	93
allergy relief (loratadine)	106	AMINOSYN 10 %	92
allergy relief(diphenhydramin)	106, 107	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	92
allopurinol	16	AMINOSYN 8.5 %	92
almacone-2	107	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	93
alosetron	31	AMINOSYN-RF 5.2 %	93
alprazolam	58	amiodarone	18
altamist	107	amitriptyline	67
altavera (28)	34	amlodipine	18
alum-mag hydroxide-simeth	107	amlodipine-benazepril	18
aluminum hydroxide gel	107	amlodipine-valsartan	19
ALUNBRIG	73	ammonium lactate	29
alyacen 1/35 (28)	34	amnesteem	29
alyacen 7/7/7 (28)	34	amoxapine	68
alyq	102	amoxicillin	59
amabelz	34	amoxicillin-pot clavulanate	59
amantadine hcl	17	amphotericin b	70

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 04/01/2025.

amphotericin b liposome	70	aripiprazole	86
ampicillin	59	ARISTADA	86
ampicillin sodium	59	ARISTADA INITIO	86
ampicillin-sulbactam	59	ARMOUR THYROID	42
anagrelide	97	ARNUITY ELLIPTA	102
anastrozole	73	ARRANON	73
ANKTIVA	73	arsenic trioxide	73
antacid (calcium carbonate)	107	asenapine maleate	86
antacid anti-gas	107	ASPARLAS	73
antacid extst (mag carb-al hyd)	107	aspirin	107
antacid ext str (calcium carb)	107	aspirin-dipyridamole	97
antacid extra-strength	107	aspirin,buffd-calcium carb-mag	107
antacid regular strength	107	atazanavir	89
antacid-antigas	107	atenolol	19
anti-diarrheal (loperamide)	107	atenolol-chlorthalidone	19
anti-nausea	107	atomoxetine	27
apraclonidine	49	atorvastatin	19
aprepitant	69	atovaquone	85
apri	34	atovaquone-proguanil	85
APTIOM	64	atropine	49
APTIVUS	89	ATROPINE SULFATE (PF)	49
aranelle (28)	34	ATROVENT HFA	102
ARCALYST	44	aubra	34
AREXVY (PF)	44	aubra eq	34
arformoterol	102	AUGTYRO	73
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 04/01/2025.

aurovela fe 1-20 (28)	34	BABY AYR SALINE	107
aurovela 1.5/30 (21)	34	bacitracin	49, 60
aurovela 1/20 (21)	34	bacitracin-polymyxin b	49
aurovela 24 fe	34	baclofen	16
AUSTEDO	27	bal-care dha	93
AUSTEDO XR	27	balsalazide	25
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	27	BALVERSA	73
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	52	BAND-AID GAUZE PADS	52
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	52	banophen	107
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	52	BAQSIMI	98
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	52	BARACLUDGE	89
AUVELITY	68	BAVENCIO	73
AUVI-Q	102	BCG VACCINE, LIVE (PF)	44
aviane	34	BD ALCOHOL SWABS	52
AXTLE	73	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	52
AYR SALINE	107	BD ECLIPSE LUER-LOK	52
ayuna	34	BD INSULIN SYRINGE	52
AYVAKIT	73	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	52
azacitidine	73	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	52
azathioprine	44	BD INSULIN SYRINGE U-500	52
azelastine	49, 102	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	53
azithromycin	59, 60	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	53
aztreonam	60	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	53
azurette (28)	34	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	53
		BD SAFETYGLIDE SYRINGE	53
		BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	53
B			
b complex-vitamin c-folic acid	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 04/01/2025.

BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	53	BICILLIN L-A	60
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	53	BICNU	73
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	53	BIKTARVY	89
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	53	bisacodyl	107
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	53	bismuth subsalicylate	107
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	53	bisoprolol fumarate	19
BELEODAQ	73	bisoprolol-hydrochlorothiazide	19
BELSOMRA	51	BIZENGRI	73
benazepril	19	bleomycin	73
benazepril-hydrochlorothiazide	19	blisovi fe 1.5/30 (28)	34
bendamustine	73	blisovi fe 1/20 (28)	34
BENLYSTA	44, 45	blisovi 24 fe	34
benztropine	17	BOOSTRIX TDAP	45
BESPONSA	73	BORDERED GAUZE	53
BESREMI	45	BORTEZOMIB	73
betaine	105	BOSULIF	74
betamethasone dipropionate	29	BRAFTOVI	74
betamethasone valerate	29	BREO ELLIPTA	102
betamethasone, augmented	29	BREZTRI AEROSPHERE	102
BETASERON	27	BRILINTA	97
betaxolol	49	brimonidine	49
bethanechol chloride	33	BRIVIACT	64
bexarotene	73	bromocriptine	17
BEXSERO	45	BRUKINSA	74
bicalutamide	73	budesonide	25, 103
BICILLIN C-R	60	bumetanide	19

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 04/01/2025.

buprenorphine	56	CAPLYTA	86
buprenorphine hcl	26	CAPRELSA	74
buprenorphine-naloxone	26	captopril	19
bupropion hcl	68	captopril-hydrochlorothiazide	19
bupropion hcl (smoking deter)	26	carbamazepine	64
bupirone	58	carbidopa-levodopa	17
busulfan	74	carbidopa-levodopa-entacapone	18
BUSULFEX	74	carboplatin	74
butalbital-acetaminophen-caff	53	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	53
C			
c-nate dha	93	carglumic acid	93
CABENUVA	89	carisoprodol	102
cabergoline	42	carmustine	74
CABOMETYX	74	carteolol	49
cal-gest antacid	107	cartia xt	19
calcidol	107	carvedilol	19
calcipotriene	29	caspofungin	70
calcitonin (salmon)	24	CAYSTON	103
calcitriol	24	cefaclor	60
calcium antacid	107	cefadroxil	60
calcium carbonate	108	cefazolin	60
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	74	cefazolin in dextrose (iso-os)	60
camila	34	cefdinir	60
camrese lo	34	cefepime	60
candesartan	19	cefixime	60
candesartan-hydrochlorothiazid	19	cefotetan	60
		cefoxitin	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 04/01/2025.

cefoxitin in dextrose, iso-osm	60	chloramphenicol sod succinate	61
cefepodoxime	60	chlorhexidine gluconate	29
cefprozil	60	chloroquine phosphate	85
ceftazidime	60	chlorothiazide sodium	19
ceftazidime in d5w	60	chlorpromazine	86
ceftriaxone	61	chlorthalidone	19
cefuroxime axetil	61	chocolate laxative	108
cefuroxime sodium	61	cholestyramine (with sugar)	19
cephalexin	61	cholestyramine light	19
cetirizine	103, 108	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	40
chateal eq (28)	34	ciclodan	70
CHEMET	93	ciclopirox	70, 71
CHEST CONGESTION RELIEF	108	cilostazol	97
chest congestion relief dm	108	CIMDUO	89
child allergy relf(cetirizine)	108	cimetidine	31
child's all day allergy(cetir)	108	cimetidine hcl	31
children's acetaminophen	108	cinacalcet	25
children's allergy (diphenhyd)	108	ciprofloxacin hcl	49, 61
children's allergy relief(lor)	108	ciprofloxacin in 5 % dextrose	61
children's aspirin	108	cisplatin	74
children's cetirizine	108	citalopram	68
children's loratadine	108	cladribine	74
children's mapap	108	claravis	29
children's pain reliever	108	clarithromycin	61
children's pain-fever relief	108	clearlax	108
children's saline nasal spray	108	clindamycin hcl	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 04/01/2025.

clindamycin in 0.9 % sod chlor	61	clonazepam	58
clindamycin in 5 % dextrose	61	clonidine	19
clindamycin palmitate hcl	61	clonidine hcl	19
clindamycin pediatric	61	clopidogrel	97
clindamycin phosphate	29, 30, 61	clorazepate dipotassium	58
clindamycin-benzoyl peroxide	30	clotrimazole	71, 108
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	93	clotrimazole-betamethasone	71
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	93	clotrimazole-3	108
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	93	clozapine	86
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	93	COARTEM	85
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	93	COBENFY	53
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	93	COBENFY STARTER PACK	53
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	93	COLACE	108
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	93	COLACE CLEAR	108
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	93	COLACE 2-IN-1	108
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	93	colchicine	16
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	93	colestipol	20
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	93	colistin (colistimethate na)	61
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	93	COLUMVI	74
CLINOLIPID	93	COMBIGAN	49
clobazam	64	COMBIPATCH	35
clobetasol	30	COMBIVENT RESPIMAT	103
clobetasol-emollient	30	COMETRIQ	74
clofarabine	74	COMPLERA	89
CLOLAR	74	complete natal dha	93
clomipramine	68	compro	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 04/01/2025.

constulose	31	cytarabine (pf)	74
COPAXONE	27	D	
COPIKTRA	74	dacarbazine	75
COSENTYX	45	dactinomycin	75
COSENTYX (2 SYRINGES)	45	dalfampridine	27
COSENTYX PEN	45	danazol	35
COSENTYX PEN (2 PENS)	45	dantrolene	16
COSENTYX UNOREADY PEN	45	DANYELZA	75
COSMEGEN	74	DANZITEN	75
COTELLIC	74	dapsone	72
CREON	105	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	45
cromolyn	49, 103	daptomycin	61
cryselle (28)	35	daptomycin in 0.9 % sod chlor	61
curae	108	darifenacin	33
CURITY ALCOHOL SWABS	53	darunavir	89
CURITY GAUZE	53	DARZALEX	75
cyclobenzaprine	102	DARZALEX FASPRO	75
cyclophosphamide	74	dasatinib	75
cyclosporine	45, 49	dasetta 1/35 (28)	35
cyclosporine modified	45	dasetta 7/7/7 (28)	35
CYRAMZA	74	DATROWAY	75
cyred	35	daunorubicin	75
cyred eq	35	DAURISMO	75
CYSTAGON	105	deblitane	35
CYSTARAN	49	decitabine	75
cytarabine	74	deep sea nasal	108

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 04/01/2025.

deferasirox	94	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	94
DELSTRIGO	89	DIACOMIT	64
DENGVAXIA (PF)	45	dialyvite 800	109
DEPO-ESTRADIOL	35	diazepam	58, 64
DEPO-SUBQ PROVERA 104	35	diazepam intensol	58
DERMACEA	53	diazoxide	98
DESCOVY	89	diclofenac potassium	56
desipramine	68	diclofenac sodium	50, 56
desmopressin	40	dicloxacillin	61
desog-e.estradiol/e.estradiol	35	dicyclomine	31
desogestrel-ethinyl estradiol	35	didanosine	89
desvenlafaxine succinate	68	DIFICID	61
dexamethasone	41	digitek	20
dexamethasone intensol	41	digoxin	20
dexamethasone sodium phos (pf)	41	dihydroergotamine	17
dexamethasone sodium phosphate	41, 49	dilt-xr	20
dexmethylphenidate	27	diltiazem hcl	20
dexrazoxane hcl	75	dimethyl fumarate	27
dextroamphetamine sulfate	27	diphedryl	109
dextroamphetamine-amphetamine	27	diphenhydramine hcl	103, 109
dextromethorphan-guaifenesin	109	diphenoxylate-atropine	31
dextrose	109	disulfiram	26
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	94	DIURIL	20
dextrose 10 % in water (d10w)	94	divalproex	64, 65
dextrose 5 % in water (d5w)	94	docetaxel	75
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	94	docusate calcium	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 04/01/2025.

docusate sodium	109	DROPSAFE PEN NEEDLE	54
DOCUSOL KIDS	109	drospirenone-ethinyl estradiol	35
dofetilide	20	DROXIA	54
dok	109	DUAVEE	35
donepezil	15	duloxetine	28
dorzolamide	50	DUPIXENT PEN	45
dorzolamide-timolol	50	DUPIXENT SYRINGE	45
dotti	35	dutasteride	33
DOVATO	89	dutasteride-tamsulosin	33
doxazosin	20	d10 %-0.45 % sodium chloride	94
doxepin	59	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	94
doxercalciferol	25	d5 % and 0.9 % sodium chloride	94
doxorubicin	75	d5 %-0.45 % sodium chloride	94
doxorubicin, peg-liposomal	75		
doxy-100	61	E	
doxycycline hyclate	61, 62	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	54
doxycycline monohydrate	62	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	54
driminate	109	econtra one-step	109
DRISDOL	105	ed-apap	109
DRIZALMA SPRINKLE	27	EDURANT	89
dronabinol	70	efavirenz	89
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	53	efavirenz-emtricitabin-tenofov	89
DROPLET INSULIN SYRINGE	54	efavirenz-lamivu-tenofov disop	89
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	54	EGRIFTA SV	40
DROPLET PEN NEEDLE	54	ELAHERE	75
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	54	electrolyte-a	94
		electrolyte-148	94

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 04/01/2025.

electrolyte-48 in d5w	94	ENEMEEZ PLUS	109
ELELYSO	105	ENGERIX-B (PF)	45
ELIGARD (3 MONTH)	42	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	45
elinest	35	ENHERTU	75
ELIQUIS	97	enilloring	35
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	97	enoxaparin	97
ELMIRON	33	enpresse	35
ELREXFIO	75	enskyce	35
eluryng	35	entacapone	18
ELZONRIS	75	entecavir	90
EMCYT	75	ENTRESTO	20
EMGALITY PEN	17	ENTRESTO SPRINKLE	20
EMGALITY SYRINGE	17	enulose	31
EMPLICITI	75	ENVARUSUS XR	45
EMSAM	68	EPCLUSA	90
emtricitabine	89	EPIDIOLEX	65
emtricitabine-tenofovir (tdf)	89	epinephrine	103
EMTRIVA	89	epirubicin	75
emzahh	35	epitol	65
enalapril maleate	20	EPIVIR HBV	90
enalapril-hydrochlorothiazide	20	EPKINLY	75
endocet	56	EPRONTIA	65
enema	109	ERBITUX	75
enema disposable	109	ergocalciferol (vitamin d2)	105, 109
ENEMEEZ	109	ergotamine-caffeine	17
ENEMEEZ KIDS	109	eribulin	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 04/01/2025.

ERIVEDGE	75	EUTHYROX	42
ERLEADA	75	everolimus (antineoplastic)	76
erlotinib	76	everolimus (immunosuppressive)	45
errin	35	EVOMELA	76
ertapenem	62	EVOTAZ	90
ery pads	30	exemestane	76
ERYTHROCIN	62	EXKIVITY	76
erythromycin	50, 62	EYSUVIS	50
erythromycin lactobionate	62	ezetimibe	20
erythromycin with ethanol	30	F	
escitalopram oxalate	68	falmina (28)	36
esomeprazole magnesium	32	famciclovir	90
estarylla	35	famotidine	32, 109
estradiol	35	famotidine (pf)	32
estradiol valerate	35	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	32
estradiol-norethindrone acet	35	FANAPT	86
eszopiclone	51	FASENRA PEN	103
ethambutol	72	febuxostat	16
ethosuximide	65	feirza	36
ethynodiol diac-eth estradiol	35	felbamate	65
etodolac	56	felodipine	20
etonogestrel-ethinyl estradiol	35	FEMLYV	36
ETOPOPHOS	76	fenofibrate	20
etoposide	76	fenofibrate micronized	20
etravirine	90	fenofibrate nanocrystallized	20
EULEXIN	76	fentanyl	56

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 04/01/2025.

fentanyl citrate	56	flucytosine	71
fentanyl citrate (pf)	56	fludarabine	76
fesoterodine	33	fludrocortisone	41
FETZIMA	68	flunisolide	103
FEVERALL	109	fluocinolone	30
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	98	fluocinolone acetonide oil	15
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	98	fluocinolone and shower cap	30
FIASP U-100 INSULIN	98	fluorometholone	50
fiber (calcium polycarbophil)	109	fluorouracil	30, 76
fiber laxative (ca polycarbo)	109	fluoxetine	68
fiber laxative(methylcellulos)	109	fluphenazine decanoate	86
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	109	fluphenazine hcl	86, 87
fiber therapy (m-cellulose)	109	flurbiprofen	56
fiber-lax	109	flurbiprofen sodium	50
finasteride	33	fluticasone propion-salmeterol	103
fingolimod	28	fluticasone propionate	30, 103
FINTEPLA	65	fluvastatin	20
FIRDAPSE	28	fluvoxamine	68
FIRMAGON	42	FOLIKA-BC	110
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	42	FOLOTYN	76
flecainide	20	FORTEO	25
FLEET ENEMA	109	fosamprenavir	90
FLEET GLYCERIN LAXATIVE	109	fosinopril	20
FLEET PEDIATRIC	109	fosinopril-hydrochlorothiazide	20
fluconazole	71	fosphenytoin	65
fluconazole in nacl (iso-osm)	71	FOTIVDA	76

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 04/01/2025.

FRUZAQLA	76	gentle laxative (bisacodyl)	110
full spectrum b-vitamin c	110	GENVOYA	90
furosemide	20	GILOTRIF	76
FUZEON	90	glatiramer	28
FYARRO	76	glatopa	28
FYCOMPA	65	GLEOSTINE	76
G			
gabapentin	65	glimepiride	98
galantamine	15	glipizide	98, 99
gallifrey	36	glipizide-metformin	99
GAMUNEX-C	45, 46	glucose gel	110
GARDASIL 9 (PF)	46	glyburide	99
GAUZE BANDAGE	54	glyburide micronized	99
GAUZE PAD	54	glyburide-metformin	99
gavilax	110	glycerin (adult)	110
gavilyte-c	32	glycerin (child)	110
gavilyte-g	32	glycopyrrolate	32
gavilyte-n	32	GLYXAMBI	99
GAVRETO	76	GOMEKLI	76
GAZYVA	76	GRAFAPEX	76
gefitinib	76	granisetron hcl	70
gemcitabine	76	griseofulvin microsize	71
gemfibrozil	21	griseofulvin ultramicrosize	71
generlac	32	guaifenesin	110
gentamicin	50, 62	guanfacine	21, 28
gentamicin in nacl (iso-osm)	62	H	
		HAEGARDA	46

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 04/01/2025.

hailey	36	HUMALOG U-100 INSULIN	99
hailey fe 1.5/30 (28)	36	HUMATIN	62
hailey fe 1/20 (28)	36	HUMIRA	46
hailey 24 fe	36	HUMIRA PEN	46
HALAVEN	76	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	46
haloette	36	HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS	46
haloperidol	87	HUMIRA(CF)	46
haloperidol decanoate	87	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	46
haloperidol lactate	87	HUMIRA(CF) PEN	46
HAVRIX (PF)	46	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	46
headache relief (asa-acet-caf)	110	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	46
healthylax	110	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	46
heartburn relief	110	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	99
heartburn relief (famotidine)	110	HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	99
heather	36	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	99
heparin (porcine)	97	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	99
heparin, porcine (pf)	97	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	99
HEPLISAV-B (PF)	46	hydralazine	21
her style	110	hydrochlorothiazide	21
HIBERIX (PF)	46	hydrocodone-acetaminophen	56
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	99	hydrocodone-ibuprofen	56
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	99	hydrocortisone	25, 30
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	99	hydrocortisone-acetic acid	15
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	99	hydromorphone	56
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	99	hydroxychloroquine	85
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	99	hydroxyurea	76

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 04/01/2025.

hydroxyzine hcl	59	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	46
hydroxyzine pamoate	103	INBRIJA	18
HYFTOR	30	incassia	36
I			
ibandronate	25	INCONTROL ALCOHOL PADS	54
IBRANCE	76, 77	INCRELEX	40
ibu	56	indapamide	21
ibuprofen	56, 110	indomethacin	56
icatibant	46	INFANRIX (DTAP) (PF)	46
iclevia	36	infant pain reliever	110
ICLUSIG	77	infant's acetaminophen	110
idarubicin	77	infants' pain and fever	110
IDHIFA	77	INLYTA	77
ifosfamide	77	INQOVI	77
ILEVRO	50	INREBIC	77
imatinib	77	INSULIN LISPRO	99
IMBRUVICA	77	INSULIN SYRINGE	54
IMDELLTRA	77	INSULIN SYRINGE MICROFINE	54
IMFINZI	77	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	54
imipenem-cilastatin	62	INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	54
imipramine hcl	68	INTELENCE	90
imipramine pamoate	68	INTRALIPID	94
imiquimod	30	INVEGA HAFYERA	87
IMJUDO	77	INVEGA SUSTENNA	87
IMKELDI	77	INVEGA TRINZA	87
IMLYGIC	77	INVOKAMET	99
		INVOKAMET XR	99

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 04/01/2025.

INVOKANA	99	IXCHIQ (PF)	46
IONOSOL-B IN D5W	94	IXEMPRA	77
IONOSOL-MB IN D5W	94	IXIARO (PF)	46
IPOL	46	J	
ipratropium bromide	103	JAKAFI	77
ipratropium-albuterol	103	jantoven	97
irbesartan	21	JANUMET	99
irbesartan-hydrochlorothiazide	21	JANUMET XR	99, 100
irinotecan	77	JANUVIA	100
ISENTRESS	90	JARDIANCE	100
ISENTRESS HD	90	jasmiel (28)	36
isibloom	36	JAYPIRCA	77
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	94	JEMPERLI	78
ISOLYTE-S	94	jencycla	36
isoniazid	72	JENTADUETO	100
isosorbide dinitrate	21	JENTADUETO XR	100
isosorbide mononitrate	21	JEVTANA	78
isosorbide-hydralazine	21	juleber	36
isotretinoin	30	JULUCA	90
ISTODAX	77	junel fe 1.5/30 (28)	36
ITOVEBI	77	junel fe 1/20 (28)	36
itraconazole	71	junel fe 24	36
IV PREP WIPES	54	junel 1.5/30 (21)	36
ivermectin	85	junel 1/20 (21)	36
IVRA	77	JYLAMVO	46
IWILFIN	77	JYNNEOS (PF)	46

K

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 04/01/2025.

KABIVEN	94	KRAZATI	78
KADCYLA	78	kurvelo (28)	36
kalliga	36	KYPROLIS	78
KALYDECO	103	L	
KANJINTI	78	l norgest/e.estradiol-e.estrad	36
kariva (28)	36	labetalol	21
kelnor 1/35 (28)	36	lacosamide	65
kelnor 1/50 (28)	36	lactated ringers	54, 94
KERENDIA	21	lactulose	32
KESIMPTA PEN	28	lamivudine	90
ketoconazole	71	lamivudine-zidovudine	90
ketorolac	50, 56	lamotrigine	65
KEYTRUDA	78	LAMPIT	85
KIMMTRAK	78	lanreotide	42, 43
KINRIX (PF)	46	lansoprazole	32
kionex (with sorbitol)	94	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	100
KISQALI	78	LANTUS U-100 INSULIN	100
KISQALI FEMARA CO-PACK	78	lapatinib	78
klayesta	71	larin fe 1.5/30 (28)	36
klor-con m10	94	larin fe 1/20 (28)	36
KLOR-CON M15	94	larin 1.5/30 (21)	36
klor-con m20	94	larin 1/20 (21)	36
KLOR-CON 10	94	larin 24 fe	36
KLOR-CON 8	94	latanoprost	50
KLOXXADO	26	laxative (bisacodyl)	110
KOSELUGO	78	laxative (sennosides)	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 04/01/2025.

LAZCLUZE	78	levothyroxine	42
leena 28	36	LEVOXYL	42
leflunomide	46	LEXIVA	90
lenalidomide	78	LIBERVANT	66
LENVIMA	78	LIBTAYO	79
lessina	37	lidocaine	58
letrozole	78	lidocaine hcl	58
leucovorin calcium	78	lidocaine viscous	58
LEUKERAN	78	lidocaine-prilocaine	58
leuprolide	43	lincomycin	62
leuprolide (3 month)	43	lindane	30
levetiracetam	65	linezolid	62
levetiracetam in nacl (iso-os)	66	linezolid in dextrose 5%	62
LEVO-T	42	linezolid-0.9% sodium chloride	62
levobunolol	50	LINZESS	32
levocarnitine	94	liothyronine	42
levocarnitine (with sugar)	94	lisinopril	21
levocetirizine	103	lisinopril-hydrochlorothiazide	21
levofloxacin	62	lithium carbonate	51
levofloxacin in d5w	62	lithium citrate	51
levoleucovorin calcium	79	LIVTENCITY	90
levonest (28)	37	lo-zumandimine (28)	37
levonorg-eth estrad triphasic	37	LOCOID LIPOCREAM	30
levonorgestrel	110	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	37
levonorgestrel-ethinyl estrad	37	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	37
levora-28	37	LOESTRIN 1.5/30 (21)	37

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 04/01/2025.

LOESTRIN 1/20 (21)	37	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	43
lojaimiess	37	lurasidone	87
LOKELMA	94	lutera (28)	37
LONSURF	79	LYBALVI	87
loperamide	32, 110	lyleq	37
lopinavir-ritonavir	90	lyllana	37
LOQTORZI	79	LYNPARZA	79
loratadine	110	LYSODREN	79
lorazepam	59	LYTGOBI	79
lorazepam intensol	59	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	100
LORBRENA	79	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	100
loryna (28)	37	LYUMJEV U-100 INSULIN	100
losartan	21	lyza	37
losartan-hydrochlorothiazide	21		
lovastatin	21		
low-ogestrel (28)	37		
loxapine succinate	87		
lubiprostone	32		
LUMAKRAS	79		
LUMIGAN	50		
LUNSUMIO	79		
LUPRON DEPOT	43		
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	43		
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	43		
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	43		
LUPRON DEPOT-PED	43		
		M	
		m-dryl	110
		M-M-R II (PF)	47
		m-natal plus	94
		m-pap	110
		mag-al plus	110
		mag-al plus extra strength	110
		magnesium hydroxide	110
		magnesium oxide	110
		magnesium sulfate	94
		magnesium sulfate in d5w	94
		malathion	30
		maraviroc	90

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 04/01/2025.

MARGENZA	79	methazolamide	50
marlissa (28)	37	methenamine hippurate	62
MARPLAN	68	methimazole	44
MATULANE	79	methocarbamol	102
meclizine	70, 110,	methotrexate sodium	47
.....	111	methotrexate sodium (pf)	47
medroxyprogesterone	37	methsuximide	66
mefloquine	85	methyldopa	21
megestrol	37	methyldopa-hydrochlorothiazide	21
MEKINIST	79	methylphenidate hcl	28
MEKTOVI	79	methylprednisolone	41
meloxicam	56, 57	methylprednisolone acetate	41
melphalan	79	methylprednisolone sodium succ	41
melphalan hcl	79	metoclopramide hcl	70
memantine	15	metolazone	21
MENACTRA (PF)	47	metoprolol succinate	21
MENEST	37	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	21
MENQUADFI (PF)	47	metoprolol tartrate	22
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	47	metronidazole	62, 63
mercaptopurine	79	metronidazole in nacl (iso-os)	63
meropenem	62	metyrosine	22
meropenem-0.9% sodium chloride	62	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	71
mesalamine	25, 26	miconazole nitrate	111
mesna	79	miconazole-3	71, 111
MESNEX	79	miconazole-7	111
metformin	100	microgestin fe 1.5/30 (28)	37
methadone	57		

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 04/01/2025.

microgestin fe 1/20 (28)	37	montelukast	103
microgestin 1.5/30 (21)	37	morphine	57
microgestin 1/20 (21)	37	morphine concentrate	57
microgestin 24 fe	37	motion sickness	111
midodrine	22	motion sickness (meclizine)	111
mifepristone	54	motion sickness relief	111
migraine formula	111	motion sickness relief(mecliz)	111
migraine relief	111	motion-time	111
mili	38	MOUNJARO	100
milk of magnesia	111	MOVANTIK	32
milk of magnesia concentrated	111	moxifloxacin	50, 63
minocycline	63	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	63
minoxidil	22	MRESVIA (PF)	47
mintox maximum strength	111	mucinex fast-max chest-congest	111
mintox plus	111	MULTAQ	22
MIRENA	54	mupirocin	31
mirtazapine	68	MUTAMYCIN	79
misoprostol	32	MVASI	79
mitomycin	79	my choice	111
mitoxantrone	79	my way	111
modafinil	51	mycophenolate mofetil	47
moexipril	22	mycophenolate mofetil (hcl)	47
molindone	87	mycophenolate sodium	47
mometasone	31	MYLOTARG	79
mondoxyne nl	63	MYRBETRIQ	33
mono-linyah	38		

N

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 04/01/2025.

nabumetone	57	neomycin-bacitracin-poly-hc	50
nafcilin	63	neomycin-bacitracin-polymyxin	50
nafcilin in dextrose iso-osm	63	neomycin-polymyxin b-dexameth	50
naloxone	26, 111	neomycin-polymyxin-gramicidin	50
naltrexone	26	neomycin-polymyxin-hc	15, 50
NAMZARIC	15	NEONATAL COMPLETE	95
NANO PEN NEEDLE	54	NEONATAL PLUS VITAMIN	95
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	54	NEONATAL-DHA	95
naproxen	57	nephro vitamins	111
naproxen sodium	57, 111	NEPHRO-VITE	111
naratriptan	17	NEPHRONEX	111
NARCAN	111	NERLYNX.....	80
nasal decongestant (pseudoeph)	111	nevirapine	90, 91
nasal moisturizing	111	new day	111
nasal spray (sodium chloride)	111	NEXPLANON	38
NATACYN	50	niacin	22
nateglinide	100	niacor	22
NATPARA	25	nicotine	112
nausea relief	111	nicotine (polacrilex)	112
NAYZILAM	66	NICOTROL NS	26
nebivolol	22	nifedipine	22
necon 0.5/35 (28)	38	nikki (28).....	38
nefazodone	68	nilutamide	80
nelarabine	79	nimodipine	22
neo-vital rx	95	NINLARO	80
neomycin	63	nitazoxanide	85

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 04/01/2025.

nitisinone	105	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	100
nitrofurantoin macrocrystal	63	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	100
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	63	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	100
nitroglycerin	22, 54	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	100
NITROSTAT	22	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	100
NIVESTYM	97	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	101
nizatidine	32	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	101
NORA-BE	38	NOVOPEN ECHO	54
norelgestromin-ethin.estradiol	38	NUBEQA	80
noreth-ethinyl estradiol-iron	38	NUCALA	103
norethindrone (contraceptive)	38	NUEDEXTA	28
norethindrone ac-eth estradiol	38	NUPLAZID	87
norethindrone acetate	38	NUTRILIPID	95
norethindrone-e.estradiol-iron	38	NUTRISOURCE FIBER	112
norgestimate-ethinyl estradiol	38	nyamyc	71
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	95	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	71
nortrel 7/7/7 (28)	38	nystatin-triamcinolone	71
nortriptyline	68	nystop	71
NORVIR	91		
NOVOLIN N FLEXPEN	100		
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	100		
NOVOLIN R FLEXPEN	100		
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	100		

0

ocella	38
octreotide acetate	43
octreotide,microspheres	43
ODEFSEY	91

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 04/01/2025.

ODOMZO	80	OPVEE	26
OFEV	103	ORACIT	105
ofloxacin	15, 50, 63	ORGOVYX	80
OGSIVEO	80	ORSERDU	80
OJEMDA	80	oseltamivir	91
OJJAARA	80	OSPHENA	38
olanzapine	87	oxaliplatin	80
olmesartan	22	oxandrolone	38
olmesartan-hydrochlorothiazide	22	oxcarbazepine	66
olopatadine	50	oxybutynin chloride	33
omega-3 acid ethyl esters	22	oxycodone	57
omeprazole	32	oxycodone-acetaminophen	57
OMNITROPE	40	OZEMPIC	101
ONCASPAR	80		
ondansetron	70		
ondansetron hcl	70		
ondansetron hcl (pf)	70		
ONIVYDE	80		
ONUREG	80		
OPDIVO	80		
OPDIVO QVANTIG	80		
OPDUALAG	80		
OPIPZA	87		
OPSUMIT	103		
OPSYNVI	103		
option-2	112		

P

PACERONE	22
paclitaxel	80
paclitaxel protein-bound	80
PADCEV	80
pain relief (acetaminophen)	112
pain relief es (acetaminophen)	112
pain reliever (acetaminophen)	112
pain reliever es(acetaminophn)	112
pain reliever plus	112
paliperidone	87, 88
pamidronate	25
PANRETIN	80

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 04/01/2025.

pantoprazole	32	PENTACEL (PF)	47
pantoprazole in 0.9% sod chlor	32	pentamidine	85
paraplatin	80	pentoxifylline	22
paricalcitol	25	PERIKABIVEN	95
paromomycin	63	perindopril erbumine	22
paroxetine hcl	69	periogard	29
PAXLOVID	91	PERJETA	81
pazopanib	80	permethrin	31
PEDIA-LAX	112	perphenazine	88
pedia-lax stool softener	112	perphenazine-amitriptyline	69
PEDIARIX (PF)	47	pfizerpen-g	63
PEDVAX HIB (PF)	47	phenelzine	69
peg 3350-electrolytes	32	phenobarbital	66
peg-electrolyte soln	32	PHENYTEK	66
PEGASYS	47	phenytoin	66
PEMAZYRE	80	phenytoin sodium	66
pemetrexed	81	phenytoin sodium extended	66
pemetrexed disodium	81	phytonadione (vitamin k1)	105
PEMRYDI RTU	81	PIFELTRO	91
PEN NEEDLE, DIABETIC	55	pilocarpine hcl	29, 50
PENBRAYA (PF)	47	pimecrolimus	31
penicillamine	95	pimozide	88
penicillin g potassium	63	pimtreea (28)	38
penicillin g procaine	63	pinaway	112
penicillin g sodium	63	pink bismuth	112
penicillin v potassium	63	pinworm treatment	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 04/01/2025.

pioglitazone	101	potassium chloride-0.45 % nacl	95
piperacillin-tazobactam	63	potassium citrate	96
PIQRAY	81	POTELIGEO	81
pirfenidone	103, 104	pr natal 400	96
piroxicam	57	pr natal 400 ec	96
PLASMA-LYTE A	95	pr natal 430	96
PLASMA-LYTE 148	95	pr natal 430 ec	96
podofilox	31	pralatrexate	81
POLIVY	81	pramipexole	18
polycin	50	prasugrel hcl	97
polyethylene glycol 3350	112	pravastatin	22
polymyxin b sulf-trimethoprim	50	praziquantel	85
polymyxin b sulfate	63	prazosin	23
POMALYST	81	prednisolone	41
portia 28	38	prednisolone acetate	50
PORTRAZZA	81	prednisolone sodium phosphate	41, 50
posaconazole	71, 72	prednisone	41
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	95	prednisone intensol	41
potassium chloride	95	pregabalin	28
potassium chloride in lr-d5	95	PREHEVBRIO (PF)	47
potassium chloride in water	95	PREMARIN	38
potassium chloride in 0.9%nacl	95	PREMASOL 10 %	96
potassium chloride in 5 % dex	95	PRENATA	96
potassium chloride-d5-0.2%nacl	95	PRENATABS FA	96
potassium chloride-d5-0.3%nacl	95	prenatal plus (calcium carb)	96
potassium chloride-d5-0.9%nacl	95	prenatal plus vitamin-mineral	96

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 04/01/2025.

PRENATE ELITE	96	promethazine-codeine	105
prevalite	23	propafenone	23
PREVYMIS	91	proparacaine	50
PREZCOBIX	91	propranolol	23
PREZISTA	91	propranolol-hydrochlorothiazid	23
PRIFTIN	72	propylthiouracil	44
primaquine	85	PROQUAD (PF)	47
primidone	66	protriptyline	69
PRIMSOL	63	pseudoephedrine hcl	112
PRIORIX (PF)	47	PULMOZYME	104
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	55	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	55
probenecid	16	PURIXAN	81
probenecid-colchicine	16	pyrazinamide	72
procainamide	23	pyridostigmine bromide	16
prochlorperazine	70	pyridoxine (vitamin b6)	105
prochlorperazine edisylate	70	pyrimethamine	85
prochlorperazine maleate	70		
procto-med hc	31	Q	
proctosol hc	31	QINLOCK	81
proctozone-hc	31	QUADRACEL (PF)	47
progesterone	38	quetiapine	88
progesterone micronized	39	quinapril	23
PROGRAF	47	quinapril-hydrochlorothiazide	23
PROLIA	25	quinidine sulfate	23
PROMACTA	97	quinine sulfate	85
promethazine	70	QULIPTA	17
		R	
		RABAVERT (PF)	47

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 04/01/2025.

RADICAVA ORS	28	REZLIDHIA	81
RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	28	RHOPRESSA	51
RALDESY	69	RIABNI	81
raloxifene	39	ribavirin	91
ramipril	23	rifabutin	72
ranolazine	23	rifampin	72
rasagiline	18	riluzole	28
ready-to-use enema	112	rimantadine	91
reclipsen (28)	39	ringer's	55, 96
RECOMBIVAX HB (PF)	47	RINVOQ	47, 48
reese's pinworm medicine	112	RINVOQ LQ	48
RELENZA DISKHALER	91	risedronate	25
rena-vite	112	RISPERDAL CONSTA	88
rena-vite rx	112	risperidone	88
renal vitamin	112	ritonavir	91
reno caps	112	rivaroxaban	98
repaglinide	101	rivastigmine tartrate	15
REPATHA PUSHTRONEX	23	rizatriptan	17
REPATHA SURECLICK	23	ROCKLATAN	51
REPATHA SYRINGE	23	roflumilast	104
RETACRIT	98	romidepsin	81
RETEVMO	81	ROMVIMZA	81
RETROVIR	91	ropinirole	18
REVUFORJ	81	rosuvastatin	23
REXULTI	88	ROTARIX	48
REYATAZ	91	ROTATEQ VACCINE	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 04/01/2025.

roweepra	66	se-natal 19 chewable	96
roweepra xr	66	SECUADO	88
ROZLYTREK	81	selegiline hcl	18
RUBRACA	81	SELZENTRY	91
rufinamide	66	senexon-s	112
RUKOBIA	91	senna	112, 113
RUXIENCE	81	senna lax	113
RYBELSUS	101	senna laxative	113
RYBREVANT	81	senna leaf extract	113
RYDAPT	81	senna plus	113
RYLAZE	82	senna-s	113
RYTELO	82	senna-time s	113
S			
sajazir	48	sennosides	113
saline mist	112	sennosides-docusate sodium	113
saline nasal	112	SENOKOT	113
saline nasal mist	112	SENOKOT EXTRA STRENGTH	113
saline nose	112	SENOKOT KIDS	113
SANDIMMUNE	48	SENOKOT-S	113
SANDOSTATIN LAR DEPOT	43	sertraline	69
SANTYL	31	setlakin	39
sapropterin	105	sharobel	39
SARCLISA	82	SHINGRIX (PF)	48
saxagliptin	101	SIGNIFOR	43
SCEMBLIX	82	sildenafil (pulm.hypertension)	104
scopolamine base	70	silodosin	33
		silver sulfadiazine	31

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 04/01/2025.

SIMBRINZA	51	sorafenib	82
simliya (28)	39	SORBITOL	113
simvastatin	23	sorine	23
sirolimus	48	sotalol	23
SIRTURO	72	sotalol af	23
SKYRIZI	48	SPIRIVA RESPIMAT	104
SMOFLIPID	96	SPIRIVA WITH HANDIHALER	104
smooth antacid	113	spironolacton-hydrochlorothiaz	23
sodium bicarbonate	96, 113	spironolactone	23
SODIUM BICARBONATE (BULK)	105, 113	sprintec (28)	39
sodium chloride	55, 96	SPRITAM	66
sodium chloride 0.45 %	96	SPRYCEL	82
sodium chloride 0.9 %	96	SPS (WITH SORBITOL)	96
sodium chloride 3 % hypertonic	96	sronyx	39
sodium chloride 5 % hypertonic	96	SSD	31
sodium citrate-citric acid	113	stavudine	91
sodium oxybate	52	STELARA	48
sodium phenylbutyrate	105	stimulant laxative plus	113
sodium polystyrene sulfonate	96	STIOLTO RESPIMAT	104
sodium,potassium,mag sulfates	32	STIVARGA	82
solifenacin	33	stomach relief	113
SOLIQUA 100/33	101	stool softener	113
SOLTAMOX	82	stool softener (docusate cal)	113
SOLU-MEDROL	41	stool softener-laxative	113
SOLU-MEDROL (PF)	41	stool softener-stimulant laxat	113
SOMAVERT	43	STRENSIQ	105

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 04/01/2025.

streptomycin	63	SYMPAZAN	66
STRIBILD	91	SYMTUZA	91
STRIVERDI RESPIMAT	104	SYNJARDY	101
subvenite	66	SYNJARDY XR	101
subvenite starter (blue) kit	66	SYNRIBO	82
subvenite starter (green) kit	66	SYNTHROID	42
subvenite starter (orange) kit	66		
		T	
sucralfate	32, 33	TABLOID	82
sudogest	113	TABRECTA	82
SUFLAVE	33	tacrolimus	31, 48
sulfacetamide sodium	51, 63	tadalafil	33
sulfacetamide-prednisolone	51	tadalafil (pulm. hypertension)	104
sulfadiazine	63	TAFINLAR	82
sulfamethoxazole-trimethoprim	63	TAGRISSO	82
sulfasalazine	26	TALICIA	33
sulindac	57	TALVEY	82
sumatriptan	17	TALZENNA	82
sumatriptan succinate	17	tamoxifen	82
sunitinib malate	82	tamsulosin	33
SUNLENCA	91	tarina fe 1-20 eq (28)	39
suphedrin	113	tarina fe 1/20 (28)	39
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	55	tarina 24 fe	39
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	55	TASIGNA	82
SUTAB	33	tasimelteon	52
syeda	39	tazarotene	31
SYMBICORT	104	taztia xt	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 04/01/2025.

TAZVERIK	82	thiotepa	83
TDVAX	48	thiothixene	88
TECENTRIQ	82	tiadylt er	24
TECENTRIQ HYBREZA	82	tiagabine	66
TECVAYLI	82	TIBSOVO	83
TEFLARO	63	TICOVAC	48
telmisartan	23	tigecycline	64
telmisartan-amlodipine	23	tilia fe	39
temazepam	52	timolol maleate	24, 51
temsirolimus	82	tinidazole	64
TENIVAC (PF)	48	tioconazole	113
tenofovir disoproxil fumarate	92	tioconazole-1	114
TEPMETKO	82	TIROSINT-SOL	42
terazosin	23	TIVDAK	83
terbinafine hcl	72	TIVICAY	92
terconazole	72	TIVICAY PD	92
teriflunomide	28	tizanidine	16
testosterone	39	tobramycin	51
testosterone cypionate	39	tobramycin in 0.225 % nacl	64
testosterone enanthate	39	tobramycin sulfate	64
tetrabenazine	28	tobramycin-dexamethasone	51
TEVIMBRA	82	tolterodine	34
THALOMID	82, 83	topiramate	67
theophylline	104	topotecan	83
thiamine hcl (vitamin b1)	105	toremifene	83
thioridazine	88	torpenz	83

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 04/01/2025.

torseamide	24	tri-linyah	39
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	101	tri-lo-estarylla	39
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	101	tri-lo-marzia	39
TPN ELECTROLYTES	96	tri-lo-mili	39
TRADJENTA	101	tri-lo-sprintec	39
tramadol	57, 58	tri-mili	39
trandolapril	24	tri-nymyo	39
tranexamic acid	98	tri-sprintec (28)	39
tranylcypromine	69	tri-vylibra	39
TRAVASOL 10 %	96	tri-vylibra lo	39
travoprost	51	triamcinolone acetonide	29, 41
TRAZIMERA	83	triamterene-hydrochlorothiazid	24
trazodone	69	triderm	41
TRECTOR	72	trientine	96
TRELEGY ELLIPTA	104	trifluoperazine	88
TRELSTAR	43	trifluridine	51
TREMFYA	48	trihexyphenidyl	18
TREMFYA PEN	48	TRIJARDY XR	101
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	101	TRIKAFTA	104
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	101	trimethoprim	64
TRESIBA U-100 INSULIN	101	trimipramine	69
tretinoin	31	trinatal rx 1	96
tretinoin (antineoplastic)	83	TRINTELLIX	69
tri-buffered aspirin	114	TRISENOX	83
tri-estarylla	39	TRIUMEQ	92
tri-legest fe	39	TRIUMEQ PD	92

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 04/01/2025.

trivora (28)	39	UBRELVY	17
TRIZIVIR	92	UDENYCA	98
TRODELVY	83	UDENYCA AUTOINJECTOR	98
TROGARZO	92	UDENYCA ONBODY	98
TROPHAMINE 10 %	96	ULTILET ALCOHOL SWAB	55
tropium	34	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	55
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	55	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	55
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	55	ULTRA-FINE PEN NEEDLE	55
trueplus glucose	114	UNITHROID	42
TRULICITY	101	UNITUXIN	83
TRUMENBA	48	ursodiol	33
TRUQAP	83		
		V	
TUKYSA	83	valacyclovir	92
tulana	39	VALCHLOR	83
TURALIO	83	valganciclovir	92
turqoz (28)	39	valproate sodium	67
tusnel diabetic	114	valproic acid	67
tusnel-ex	114	valproic acid (as sodium salt)	67
tussin dm	114	valsartan	24
tussin dm clear	114	valsartan-hydrochlorothiazide	24
tussin mucus-chest congestion	114	VALTOCO	67
TWINRIX (PF)	48	valtya	40
TYBOST	92	vancomycin	64
TYMLOS	25	VANFLYTA	83
TYPHIM VI	48	VAQTA (PF)	48
		varenicline tartrate	26
	U		

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 04/01/2025.

VARIVAX (PF)	49	vinorelbine	83
VASCEPA	24	viorele (28)	40
VAXCHORA VACCINE	49	VIRACEPT	92
VECTIBIX	83	VIREAD	92
velivet triphasic regimen (28)	40	virt-nate dha	96
VEMLIDY	92	vitamin d2	105
VENCLEXTA	83	vitamin k1	106
VENCLEXTA STARTING PACK	83	VITRAKVI	83, 84
venlafaxine	69	VIVITROL	26
VENTOLIN HFA	104	VIVOTIF	49
verapamil	24	VIZIMPRO	84
VERQUVO	24	VOCABRIA	92
VERSACLOZ	88	volnea (28)	40
VERZENIO	83	VONJO	84
vestura (28)	40	VORANIGO	84
vienva	40	voriconazole	72
vigabatrin	67	VOSEVI	92
vigadrone	67	VOWST	33
VIGAFYDE	67	VRAYLAR	88
vigpoder	67	VUMERITY	28
VIIBRYD	69	vylibra	40
vilazodone	69	VYLOY	84
VIMKUNYA	49	VYNDAMAX	105
vinblastine	83	VYVGART	16
vincasar pfs	83	VYVGART HYTRULO	16
vincristine	83	VYXEOS	84

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 04/01/2025.

W			
warfarin	98	XTANDI	84
water for irrigation, sterile	55	xulane	40
WEBCOL	55	Y	
WELIREG	105	YERVOY	84
wera (28)	40	YF-VAX (PF)	49
wesnatal dha complete	96	YONDELIS	84
wesnate dha	96	Z	
westab plus	97	zafemy	40
wixela inhub	104	zafirlukast	104
women's gentle laxative(bisac)	114	zaleplon	52
wymzya fe	40	ZALTRAP	84
X		ZANOSAR	84
XALKORI	84	zarah	40
xarah fe	40	ZARXIO	98
XARELTO	98	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	101
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	98	ZEGALOGUE SYRINGE	101
XATMEP	49	ZEJULA	84
XCOPRI	67	ZELBORAF	84
XCOPRI MAINTENANCE PACK	67	ZEMAIRA	105
XCOPRI TITRATION PACK	67	zenatane	31
XDEMZY	55	ZEPZELCA	84
XGEVA	25	ZEVALIN (Y-90)	55
XIFAXAN	33	zidovudine	92
XOLAIR	49	ZIIHERA	84
XOSPATA	84	ziprasidone hcl	88
XPOVIO	84	ziprasidone mesylate	88
		ZIRABEV	84

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 04/01/2025.

ZIRGAN	92
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
zoledronic acid	25
zoledronic acid-mannitol-water	25
ZOLINZA	84
zolpidem	52
ZONISADE	67
zonisamide	67
zovia 1-35 (28)	40
ZTALMY	67
ZUBSOLV	26
zumandimine (28)	40
ZURZUVAE	69
ZYDELIG	85
ZYKADIA	85
ZYNLONTA	85
ZYNYZ	85
ZYPITAMAG	24
ZYPREXA RELPREVV	88
3-day vaginal	106

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 04/01/2025.

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.....	58
.....	17	Ansiedad.....	58
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	18	Infecciones bacterianas.....	59
.....	24	Convulsiones.....	64
.....	25	Depresión.....	67
.....	26	Nausea y vómitos.....	69
Enfermedades del sistema nervioso.....	27	Infecciones por hongos.....	70
Enfermedades orales y dentales.....	29	Tuberculosis.....	72
Enfermedades de la piel.....	29	Cáncer.....	72
Enfermedades gastrointestinales.....	31	Infecciones por parásitos.....	85
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33	Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....	86
Desbalance de hormonas sexuales.....	34	Infecciones virales.....	89
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40	Deficiencias de vitaminas.....	92
.....	41	.....	97
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42	Diabetes.....	98
.....	42	.....	102
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44	.....	102
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44	.....	102

.....105

.....105

.....106



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 Italiano 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 04/01/2025. 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[®]