

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 03/01/2025. 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	114

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

-
- 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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 114.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 153. 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 03/01/2025.

-
- 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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 114. 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 solicitarnos 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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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)	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
colestipol 1 gram TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
colestipol 5 gram GRANULES ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
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 PELLETS ^{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)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
furosemide 80 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 30 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
niacin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
niacor 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
olmesartan 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pacerone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
torse mide 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
valsartan 160 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 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)	
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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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
alose tron 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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>lutera</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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT DL	\$0 (Nivel 2)	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL (3 cada 28 días)
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL (60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL (120 cada 30 días)
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 03/01/2025.

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) 0.25-35 mg-mcg 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-35 mcg (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-35 mcg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (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-35 mcg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg 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 03/01/2025.

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 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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)	
<i>levothyroxine</i> 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levothyroxine</i> 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)	
<i>liothyronine</i> 10 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>liothyronine</i> 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
<i>cabergoline</i> 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
<i>lanreotide</i> 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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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)	
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET 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 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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 03/01/2025.

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)	
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)	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 1)	
azelastine 0.05 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
carteolol 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide 2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(16 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sulfacetamide sodium 10 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.25 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.5 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin 0.3 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>travoprost 0.004 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
<i>trifluridine 1 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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

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

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE ^{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
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{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)	
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)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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" 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 300 mg</i> 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 0.4 % (w/w)</i> OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ringer's</i> SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.9 %</i> SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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" 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)	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> 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)
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)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
meloxicam 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(3600 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
<i>tramadol 50 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR</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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
buspirone 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
buspirone 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)
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
ceftazidime 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cephalexin 500 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 750 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate 2 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin 350 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>DIFICID 200 MG TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxy-100 100 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 100 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 20 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ertapenem 1 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % CREAM ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % OINTMENT ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
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 ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
HUMATIN 250 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
methenamine hippurate 1 gram TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % CREAM ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
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)	
mondoxynel 100 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 400 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 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
epitol 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(480 cada 30 días)
ethosuximide 250 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ethosuximide</i> 250 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate</i> 400 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>felbamate</i> 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
<i>fosphenytoin</i> 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>gabapentin</i> 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
<i>gabapentin</i> 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(2250 cada 30 días)
<i>gabapentin</i> 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>lacosamide</i> 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1395 cada 30 días)
<i>lacosamide</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lacosamide</i> 200 mg/20 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine</i> 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine</i> 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine</i> 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamotrigine</i> 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam</i> 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam</i> 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam</i> 250 mg TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
<i>levetiracetam</i> 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam</i> 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>levetiracetam</i> 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>levetiracetam</i> 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>levetiracetam in nacl (iso-os)</i> 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)
<i>methsuximide</i> 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)
<i>oxcarbazepine</i> 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxcarbazepine</i> 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1500 cada 30 días)
<i>phenobarbital 30 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
<i>PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>roweepra 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>rufinamide 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(480 cada 30 días)
<i>rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(2760 cada 30 días)
<i>rufinamide 400 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(90 cada 30 días)
<i>SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
<i>SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(180 cada 30 días)
<i>SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(120 cada 30 días)
<i>subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid 250 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>vigabatrin 500 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>vigadrone 500 mg TABLET</i> 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)
<i>vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET</i> 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)
<i>zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> 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
<i>amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>amitriptyline 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
citalopram 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. 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)
escitalopram oxalate 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION 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)
fluoxetine 10 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluoxetine 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 45 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine 15 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{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
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifabutin 150 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
TRECTOR 250 MG TABLET ^{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
abiraterone 250 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
abiraterone 500 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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</i> MO	\$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</i> DL	\$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</i> DL	\$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
BELFODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	\$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</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
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)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION 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)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
exemestane 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION 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)
gefitinib 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
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 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
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)	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
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)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ifosfamide 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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
lapatinib 250 mg TABLET 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)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE 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)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION 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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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>melphalan 2 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesna 400 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
pazopanib 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 DL</i>	\$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 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 DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>sorafenib 200 mg TABLET 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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
STIVARGA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
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)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$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
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
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)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (30 cada 30 días)
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
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)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albendazole 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

ANTIPSIÓTICOS - 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 ASIMTUFI 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFI 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.32 cada 90 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.63 cada 90 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET 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)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING 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)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
quetiapine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	ST,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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
risperidone 0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	\$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)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
darunavir 800 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC 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)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
etravirine 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET 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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
maraviroc 150 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TYBOST 150 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir 450 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
deferasirox 180 mg, 360 mg, 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION</i> 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
<i>kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION</i> 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)	
<i>klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers PARENTERAL SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine 330 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>penicillamine 250 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET 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
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. 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)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG 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 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel hcl 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
PROMACTA 75 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
warfarin 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(51 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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/ACTUATION 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)	
<i>glipizide 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide 2.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50-50 INSULIN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET 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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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 MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methocarbamol 500 mg, 750 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 03/01/2025.

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION 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)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL 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)
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)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$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)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$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 MO</i>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
<i>zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betaine 1 gram/scoop POWDER DL</i>	\$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 DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET DL</i>	\$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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
<i>vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION (*)</i>	\$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3-day vaginal 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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 03/01/2025.

D. Índice de medicamentos

A			
abacavir	88	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	44
abacavir-lamivudine	88	ADALIMUMAB-ADAZ	44
ABELCET	70	ADALIMUMAB-ADB	44
ABILIFY ASIMTUFI	85	ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN CROHNS	44
ABILIFY MAINTENA	85	ADALIMUMAB-ADB(CF) PEN PS-UV	44
abiraterone	72	adapalene	29
ABRYOVO (PF)	44	ADCETRIS	72
acamprosate	26	adefovir	88
acarbose	98	ADEMPAS	102
accutane	29	ADRIAMYCIN	72
acebutolol	18	ADSTILADRIN	52
acetaminophen	105	adult aspirin regimen	106
acetaminophen-codeine	55	adult tussin chest congestion	106
acetazolamide	18	ADVAIR HFA	102
acetic acid	59	afirmelle	34
acetylcysteine	52, 102	AKEEGA	72
acid gone antacid	106	albendazole	84
acid gone antacid e.strength	106	albuterol sulfate	102
acid reducer (famotidine)	106	ALCAINE	49
acitretin	29	ALCOHOL PADS	52
ACTHIB (PF)	44	ALCOHOL PREP PADS	52
ACTIMMUNE	44	ALCOHOL SWABS	52
acyclovir	88	ALCOHOL WIPES	52
acyclovir sodium	88	ALECENSA	72
		alendronate	24

alfuzosin	33	amikacin	59
ALIQOPA	72	amiloride	18
aliskiren	18	amiloride-hydrochlorothiazide	18
all day allergy (cetirizine)	106	aminophylline	102
all day pain relief	106	AMINOSYN II 10 %	92
all day relief	106	AMINOSYN II 7 %	92
aller-g-time	106	AMINOSYN II 8.5 %	92
allergy (diphenhydramine)	106	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	92
allergy relief (cetirizine)	106	AMINOSYN M 3.5 %	92
allergy relief (loratadine)	106	AMINOSYN 10 %	92
allergy relief(diphenhydramin)	106	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	92
allopurinol	16	AMINOSYN 8.5 %	92
almacone-2	106	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	92
alose tron	31	AMINOSYN-RF 5.2 %	92
alprazolam	58	amiodarone	18
altamist	106	amitriptyline	67
altavera (28)	34	amlodipine	18
alum-mag hydroxide-simeth	106	amlodipine-benazepril	18
aluminum hydroxide gel	106	amlodipine-valsartan	19
ALUNBRIG	72, 73	ammonium lactate	29
alyacen 1/35 (28)	34	amne steem	29
alyacen 7/7/7 (28)	34	amoxapine	67
alyq	102	amoxicillin	59
amabelz	34	amoxicillin-pot clavulanate	59
amantadine hcl	17	amphotericin b	70
ambrisentan	102	amphotericin b liposome	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 03/01/2025.

ampicillin	59	ARISTADA	85
ampicillin sodium	59	ARISTADA INITIO	85
ampicillin-sulbactam	59	ARMOUR THYROID	42
anagrelide	96	ARNUITY ELLIPTA	102
anastrozole	73	ARRANON	73
ANKTIVA	73	arsenic trioxide	73
antacid (calcium carbonate)	106	asenapine maleate	85
antacid anti-gas	106	ASPARLAS	73
antacid extst (mag carb-al hyd)	106	aspirin	107
antacid ext str (calcium carb)	106	aspirin-dipyridamole	96
antacid extra-strength	106	aspirin,buffd-calcium carb-mag	107
antacid regular strength	106	atazanavir	88
antacid-antigas	106	atenolol	19
anti-diarrheal (loperamide)	106, 107	atenolol-chlorthalidone	19
anti-nausea	107	atomoxetine	27
apraclonidine	49	atorvastatin	19
aprepitant	69	atovaquone	84
apri	34	atovaquone-proguanil	84
APTIOM	64	atropine	49
APTIVUS	88	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
aripiprazole	85	aurovela fe 1-20 (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 03/01/2025.

aurovela 1.5/30 (21)	34	bacitracin	49, 59
aurovela 1/20 (21)	34	bacitracin-polymyxin b	49
aurovela 24 fe	34	baclofen	16
AUSTEDO	27	bal-care dha	92
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	88
AUVELITY	67	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	52
azithromycin	59	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	52
aztreonam	59	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
		BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	53

B

b complex-vitamin c-folic acid	107
BABY AYR SALINE	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 03/01/2025.

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	104	BOSULIF	73
betamethasone dipropionate	29	BRAFTOVI	73
betamethasone valerate	29	BREO ELLIPTA	102
betamethasone, augmented	29	BREZTRI AEROSPHERE	102
BETASERON	27	BRILINTA	96
betaxolol	49	brimonidine	49
bethanechol chloride	33	BRIVIACT	64
bexarotene	73	bromocriptine	17
BEXSERO	45	BRUKINSA	73
bicalutamide	73	budesonide	25, 102
BICILLIN C-R	60	bumetanide	19
BICILLIN L-A	60	buprenorphine	55

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

buprenorphine hcl	26	CAPRELSA	74
buprenorphine-naloxone	26	captopril	19
bupropion hcl	67, 68	captopril-hydrochlorothiazide	19
bupropion hcl (smoking deter)	26	carbamazepine	64
bupirone	58	carbidopa-levodopa	17
busulfan	73	carbidopa-levodopa-entacapone	18
BUSULFEX	74	carboplatin	74
butalbital-acetaminophen-caff	53	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	53
C			
c-nate dha	92	carglumic acid	92
CABENUVA	89	carisoprodol	101
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	102
calcitriol	25	cefaclor	60
calcium antacid	107	cefadroxil	60
calcium carbonate	107	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
CAPLYTA	86	cefoxitin	60
		cefoxitin in dextrose, iso-osm	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 03/01/2025.

cefepodoxime	60	chlorhexidine gluconate	29
cefprozil	60	chloroquine phosphate	85
ceftazidime	60	chlorothiazide sodium	19
ceftazidime in d5w	60	chlorpromazine	86
ceftriaxone	60	chlorthalidone	19
cefuroxime axetil	60	chocolate laxative	108
cefuroxime sodium	60	cholestyramine (with sugar)	19
cephalexin	60, 61	cholestyramine light	19
cetirizine	102, 107	cholestyramine-aspartame	19
chateal eq (28)	34	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	40
CHEMET	92	ciclodan	70
CHEST CONGESTION RELIEF	107	ciclopirox	70
chest congestion relief dm	107	cilostazol	96
child allergy relf(cetirizine)	107	CIMDUO	89
child's all day allergy(cetir)	107	cimetidine	31
children's acetaminophen	107	cimetidine hcl	31
children's allergy (diphenhyd)	107	cinacalcet	25
children's allergy relief(lor)	107	ciprofloxacin hcl	49, 61
children's aspirin	108	ciprofloxacin in 5 % dextrose	61
children's cetirizine	108	cisplatin	74
children's loratadine	108	citalopram	68
children's mapap	108	cladribine	74
children's pain reliever	108	claravis	29
children's pain-fever relief	108	clarithromycin	61
children's saline nasal spray	108	clearlax	108
chloramphenicol sod succinate	61	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 03/01/2025.

clindamycin in 0.9 % sod chlor	61	clonazepam	58
clindamycin in 5 % dextrose	61	clonidine	19
clindamycin palmitate hcl	61	clonidine hcl	19, 20
clindamycin pediatric	61	clopidogrel	96
clindamycin phosphate	29, 30, 61	clorazepate dipotassium	58
clindamycin-benzoyl peroxide	30	clotrimazole	70, 108
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	93	clotrimazole-betamethasone	70
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	92	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	102
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 03/01/2025.

constulose	31	cytarabine (pf)	74
COPAXONE	27	D	
COPIKTRA	74	dacarbazine	74
COSENTYX	45	dactinomycin	74
COSENTYX (2 SYRINGES)	45	dalfampridine	27
COSENTYX PEN	45	danazol	35
COSENTYX PEN (2 PENS)	45	dantrolene	16
COSENTYX UNOREADY PEN	45	DANYELZA	74
COSMEGEN	74	DANZITEN	74
COTELLIC	74	dapsone	72
CREON	104	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	45
cromolyn	49, 102	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	74
cyclobenzaprine	101	DARZALEX FASPRO	74
cyclophosphamide	74	dasatinib	74, 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	104	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 03/01/2025.

deferasirox	93	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	93
DELSTRIGO	89	DIACOMIT	64
DENGVAXIA (PF)	45	dialyvite 800	108
DEPO-ESTRADIOL	35	diazepam	58, 64
DEPO-SUBQ PROVERA 104	35	diazepam intensol	58
DERMACEA	53	diazoxide	98
DESCOVY	89	diclofenac potassium	55
desipramine	68	diclofenac sodium	49, 55
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	108
dextroamphetamine-amphetamine	27	diphenhydramine hcl	102, 108
dextromethorphan-guaifenesin	108	diphenoxylate-atropine	31
dextrose	108	disulfiram	26
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	93	DIURIL	20
dextrose 10 % in water (d10w)	93	divalproex	64
dextrose 5 % in water (d5w)	93	docetaxel	75
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	93	docusate calcium	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 03/01/2025.

docusate sodium	108	DROPSAFE PEN NEEDLE	54
DOCUSOL KIDS	108	drospirenone-ethinyl estradiol	35
dofetilide	20	DROXIA	54
dok	108	DUAVEE	35
donepezil	15	duloxetine	28
dorzolamide	49	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	93
doxepin	58	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	93
doxercalciferol	25	d5 % and 0.9 % sodium chloride	93
doxorubicin	75	d5 %-0.45 % sodium chloride	93
doxorubicin, peg-liposomal	75	E	
doxy-100	61	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	54
doxycycline hyclate	61	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	54
doxycycline monohydrate	61	econtra one-step	108
driminate	108	ed-apap	109
DRISDOL	105	EDURANT	89
DRIZALMA SPRINKLE	27	efavirenz	89
dronabinol	69	efavirenz-emtricitabin-tenofovir	89
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	53	efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate	89
DROPLET INSULIN SYRINGE	53	EGRIFTA SV	40
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	53	ELAHERE	75
DROPLET PEN NEEDLE	54	electrolyte-a	94
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	54	electrolyte-148	93

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

electrolyte-48 in d5w	93	ENEMEEZ PLUS	109
ELELYSO	104	ENGERIX-B (PF)	45
ELIGARD (3 MONTH)	42	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	45
elinest	35	ENHERTU	75
ELIQUIS	96, 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	89
EMCYT	75	ENTRESTO	20
EMGALITY PEN	17	ENTRESTO SPRINKLE	20
EMGALITY SYRINGE	17	enulose	31
EMPLICITI	75	ENVARUSUS XR	45
EMSAM	68	EPCLUSA	89
emtricitabine	89	EPIDIOLEX	64
emtricitabine-tenofovir (tdf)	89	epinephrine	102
EMTRIVA	89	epirubicin	75
emzahh	35	epitol	64
enalapril maleate	20	EPIVIR HBV	89
enalapril-hydrochlorothiazide	20	EPKINLY	75
endocet	56	EPRONTIA	64
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 03/01/2025.

ERIVEDGE	75	EUTHYROX	42
ERLEADA	75	everolimus (antineoplastic)	75, 76
erlotinib	75	everolimus (immunosuppressive)	45
errin	35	EVOMELA	76
ertapenem	61	EVOTAZ	89
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	89
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	64, 65	feirza	36
ethynodiol diac-eth estradiol	35	felbamate	65
etodolac	56	felodipine	20
etonogestrel-ethinyl estradiol	35	FEMLYV	36
ETOPOPHOS	75	fenofibrate	20
etoposide	75	fenofibrate micronized	20
etravirine	89	fenofibrate nanocrystallized	20
EULEXIN	75	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 03/01/2025.

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
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	109
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	42	FOLOTYN	76
flecainide	20	FORTEO	25
FLEET ENEMA	109	fosamprenavir	89
FLEET GLYCERIN LAXATIVE	109	fosinopril	20
FLEET PEDIATRIC	109	fosinopril-hydrochlorothiazide	20
fluconazole	70, 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 03/01/2025.

FRUZAQLA	76	gentle laxative (bisacodyl)	109
full spectrum b-vitamin c	109	GENVOYA	89
furosemide	20, 21	GILOTRIF	76
FUZEON	89	glatiramer	28
FYARRO	76	glatopa	28
FYCOMPA	65	GLEOSTINE	76
G			
gabapentin	65	glimepiride	98
galantamine	15	glipizide	98
gallifrey	36	glipizide-metformin	98
GAMUNEX-C	45, 46	glucose gel	109
GARDASIL 9 (PF)	46	glyburide	98
GAUZE BANDAGE	54	glyburide micronized	98
GAUZE PAD	54	glyburide-metformin	98
gavilax	109	glycerin (adult)	109
gavilyte-c	32	glycerin (child)	109
gavilyte-g	32	glycopyrrolate	32
gavilyte-n	32	GLYXAMBI	98
GAVRETO	76	GRAFAPEX	76
GAZYVA	76	granisetron hcl	69
gefitinib	76	griseofulvin microsize	71
gemcitabine	76	griseofulvin ultramicrosize	71
gemfibrozil	21	guaifenesin	109
generlac	32	guanfacine	21, 28
gentamicin	50, 62	H	
gentamicin in nacl (iso-osm)	62	HAEGARDA	46
		hailey	36

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

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	86	HUMIRA(CF)	46
haloperidol decanoate	86	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	46
haloperidol lactate	86	HUMIRA(CF) PEN	46
HAVRIX (PF)	46	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	46
headache relief (asa-acet-caf)	109	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	46
healthylax	109	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	46
heartburn relief	109	HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	99
heartburn relief (famotidine)	109	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	109	hydrochlorothiazide	21
HIBERIX (PF)	46	hydrocodone-acetaminophen	56
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	98	hydrocodone-ibuprofen	56
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	98	hydrocortisone	26, 30
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	98	hydrocortisone-acetic acid	15
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	98	hydromorphone	56
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	99	hydroxychloroquine	85
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	99	hydroxyurea	76
HUMALOG U-100 INSULIN	99	hydroxyzine hcl	58

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

hydroxyzine pamoate	103	INBRIJA	18
HYFTOR	30	incassia	36
I			
ibandronate	25	INCONTROL ALCOHOL PADS	54
IBRANCE	76	INCRELEX	40
ibu	56	indapamide	21
ibuprofen	56, 109	indomethacin	56
icatibant	46	INFANRIX (DTAP) (PF)	46
iclevia	36	infant pain reliever	109
ICLUSIG	76	infant's acetaminophen	110
idarubicin	76	infants' pain and fever	110
IDHIFA	76	INLYTA	77
ifosfamide	76	INQOVI	77
ILEVRO	50	INREBIC	77
imatinib	76, 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	89
imipramine pamoate	68	INTRALIPID	94
imiquimod	30	INVEGA HAFYERA	86
IMJUDO	77	INVEGA SUSTENNA	86
IMKELDI	77	INVEGA TRINZA	86, 87
IMLYGIC	77	INVOKAMET	99
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	46	INVOKAMET XR	99
		INVOKANA	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 03/01/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

		L	
kalliga	36		
KALYDECO	103	l norgest/e.estradiol-e.estrad	36
KANJINTI	77	labetalol	21
kariva (28)	36	lacosamide	65
kelnor 1/35 (28)	36	lactated ringers	54, 94
kelnor 1/50 (28)	36	lactulose	32
KERENDIA	21	lamivudine	90
KESIMPTA PEN	28	lamivudine-zidovudine	90
ketoconazole	71	lamotrigine	65
ketorolac	50, 56	LAMPIT	85
KEYTRUDA	77	lanreotide	42, 43
KIMMTRAK	77	lansoprazole	32
KINRIX (PF)	46	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	99
kionex (with sorbitol)	94	LANTUS U-100 INSULIN	99
KISQALI	77	lapatinib	78
KISQALI FEMARA CO-PACK	78	larin fe 1.5/30 (28)	36
klayesta	71	larin fe 1/20 (28)	36
klor-con m10	94	larin 1.5/30 (21)	36
KLOR-CON M15	94	larin 1/20 (21)	36
klor-con m20	94	larin 24 fe	36
KLOR-CON 10	94	latanoprost	50
KLOR-CON 8	94	laxative (bisacodyl)	110
KOSELUGO	78	laxative (sennosides)	110
KRAZATI	78	LAZCLUZE	78
kurvelo (28)	36	leena 28	36
KYPROLIS	78	leflunomide	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 03/01/2025.

lenalidomide	78	LIBTAYO	78
LENVIMA	78	lidocaine	57
lessina	37	lidocaine hcl	57, 58
letrozole	78	lidocaine viscous	58
leucovorin calcium	78	lidocaine-prilocaine	58
leuprolide	43	lincomycin	62
leuprolide (3 month)	43	lindane	30
levetiracetam	65	linezolid	62
levetiracetam in nacl (iso-os)	65	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	78	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
levothyroxine	42	LOESTRIN 1/20 (21)	37
LEVOXYL	42	lojaimiess	37
LEXIVA	90	LOKELMA	94
LIBERVANT	65	LONSURF	78

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

loperamide	32, 110	lyleq	37
lopinavir-ritonavir	90	lyllana	37
LOQTORZI	78	LYNPARZA	79
loratadine	110	LYSODREN	79
lorazepam	58	LYTGOBI	79
lorazepam intensol	59	LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	99
LORBRENA	78	LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	99
loryna (28)	37	LYUMJEV U-100 INSULIN	100
losartan	21	lyza	37
losartan-hydrochlorothiazide	21		
lovastatin	21	M	
low-ogestrel (28)	37	m-dryl	110
loxapine succinate	87	M-M-R II (PF)	47
lubiprostone	32	m-natal plus	94
LUMAKRAS	78, 79	m-pap	110
LUMIGAN	50	mag-al plus	110
LUNSUMIO	79	mag-al plus extra strength	110
LUPRON DEPOT	43	magnesium hydroxide	110
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	43	magnesium oxide	110
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	43	magnesium sulfate	94
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	43	magnesium sulfate in d5w	94
LUPRON DEPOT-PED	43	malathion	30
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	43	maraviroc	90
lurasidone	87	MARGENZA	79
lutera (28)	37	marlissa (28)	37
LYBALVI	87	MARPLAN	68
		MATULANE	79

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

meclizine	69, 110	methotrexate sodium	47
medroxyprogesterone	37	methotrexate sodium (pf)	47
mefloquine	85	methsuximide	65
megestrol	37	methyl dopa	21
MEKINIST	79	methyl dopa-hydrochlorothiazide	21
MEKTOVI	79	methylphenidate hcl	28
meloxicam	56	methylprednisolone	41
melphalan	79	methylprednisolone acetate	41
melphalan hcl	79	methylprednisolone sodium succ	41
memantine	15	metoclopramide hcl	69
MENACTRA (PF)	47	metolazone	21
MENEST	37	metoprolol succinate	21
MENQUADFI (PF)	47	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	22
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	47	metoprolol tartrate	22
mercaptopurine	79	metronidazole	62
meropenem	62	metronidazole in nacl (iso-os)	62
meropenem-0.9% sodium chloride	62	metyrosine	22
mesalamine	26	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	71
mesna	79	miconazole nitrate	110
MESNEX	79	miconazole-3	71, 110
metformin	100	miconazole-7	110
methadone	56	microgestin fe 1.5/30 (28)	37
methazolamide	50	microgestin fe 1/20 (28)	37
methenamine hippurate	62	microgestin 1.5/30 (21)	37
methimazole	44	microgestin 1/20 (21)	37
methocarbamol	101	microgestin 24 fe	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 03/01/2025.

midodrine	22	motion sickness (meclizine)	110
mifepristone	54	motion sickness relief	111
migraine formula	110	motion sickness relief(mecliz)	111
migraine relief	110	motion-time	111
mili	38	MOUNJARO	100
milk of magnesia	110	MOVANTIK	32
milk of magnesia concentrated	110	moxifloxacin	50, 62
minocycline	62	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	63
minoxidil	22	MRESVIA (PF)	47
mintox maximum strength	110	mucinex fast-max chest-congest	111
mintox plus	110	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	62	MYRBETRIQ	33
mono-linyah	38		
montelukast	103	N	
morphine	57	nabumetone	57
morphine concentrate	57	nafcilin	63
motion sickness	110	nafcilin in dextrose iso-osm	63
		naloxone	26, 111

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

naltrexone	26	NEONATAL COMPLETE	94
NAMZARIC	15	NEONATAL PLUS VITAMIN	94
NANO PEN NEEDLE	54	NEONATAL-DHA	94
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	54	nephro vitamins	111
naproxen	57	NEPHRO-VITE	111
naproxen sodium	57, 111	NEPHRONEX	111
naratriptan	17	NERLYNX.....	79
NARCAN	111	nevirapine	90
nasal decongestant (pseudoeph)	111	new day	111
nasal moisturizing	111	NEXPLANON	38
nasal spray (sodium chloride)	111	niacin	22
nateglinide	100	niacor	22
NATPARA	25	nicotine	111
nausea relief	111	nicotine (polacrilex)	111
NAYZILAM	65	NICOTROL NS	26
nebivolol	22	nifedipine	22
necon 0.5/35 (28)	38	nikki (28).....	38
nefazodone	68	nilutamide	79
nelarabine	79	nimodipine	22
neo-vital rx	94	NINLARO	79
neomycin	63	nitazoxanide	85
neomycin-bacitracin-poly-hc	50	nitisinone	104
neomycin-bacitracin-polymyxin	50	nitrofurantoin macrocrystal	63
neomycin-polymyxin b-dexameth	50	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	63
neomycin-polymyxin-gramicidin	50	nitroglycerin	22, 54
neomycin-polymyxin-hc	15, 50	NITROSTAT	22

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

NIVESTYM	97	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	100
nizatidine	32	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	100
NORA-BE	38	NOVOPEN ECHO	54
norelgestromin-ethin.estradiol	38	NUBEQA	79
noreth-ethinyl estradiol-iron	38	NUCALA	103
norethindrone (contraceptive)	38	NUEDEXTA	28
norethindrone ac-eth estradiol	38	NUPLAZID	87
norethindrone acetate	38	NUTRILIPID	94
norethindrone-e.estradiol-iron	38	NUTRISOURCE FIBER	111
norgestimate-ethinyl estradiol	38	nyamyc	71
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	94	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	90		
NOVOLIN N FLEXPEN	100	0	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	100	ocella	38
NOVOLIN R FLEXPEN	100	octreotide acetate	43
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	100	octreotide,microspheres	43
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	100	ODEFSEY	90
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	100	ODOMZO	79
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	100	OFEV	103
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	100	ofloxacin	15, 50, 63
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	100	OGSIVEO	79
		OJEMDA	79

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

OJJAARA	80	OSPHENA	38
olanzapine	87	oxaliplatin	80
olmesartan	22	oxandrolone	38
olmesartan-hydrochlorothiazide	22	oxcarbazepine	65
olopatadine	50	oxybutynin chloride	33
omega-3 acid ethyl esters	22	oxycodone	57
omeprazole	32	oxycodone-acetaminophen	57
OMNITROPE	40	OZEMPIC	100
ONCASPAR	80	P	
ondansetron	69	PACERONE	22
ondansetron hcl	69, 70	paclitaxel	80
ondansetron hcl (pf)	70	paclitaxel protein-bound	80
ONIVYDE	80	PADCEV	80
ONUREG	80	pain relief (acetaminophen)	111
OPDIVO	80	pain relief es (acetaminophen)	111
OPDIVO QVANTIG	80	pain reliever (acetaminophen)	111
OPDUALAG	80	pain reliever es(acetaminophn)	111
OPIPZA	87	pain reliever plus	111
OPSUMIT	103	paliperidone	87
OPSYNVI	103	pamidronate	25
option-2	111	PANRETIN	80
OPVEE	26	pantoprazole	32
ORACIT	105	pantoprazole in 0.9% sod chlor	32
ORGOVYX	80	paraplatin	80
ORSERDU	80	paricalcitol	25
oseltamivir	90	paromomycin	63

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

paroxetine hcl	68	periogard	29
PAXLOVID	90	PERJETA	80
pazopanib	80	permethrin	31
PEDIA-LAX	111	perphenazine	87
pedia-lax stool softener	111	perphenazine-amitriptyline	68
PEDIARIX (PF)	47	pfizerpen-g	63
PEDVAX HIB (PF)	47	phenelzine	68
peg 3350-electrolytes	32	phenobarbital	66
peg-electrolyte soln	32	PHENYTEK	66
PEGASYS	47	phenytoin	66
PEMAZYRE	80	phenytoin sodium	66
pemetrexed	80	phenytoin sodium extended	66
pemetrexed disodium	80	phytonadione (vitamin k1)	105
PEMRYDI RTU	80	PIFELTRO	90
PEN NEEDLE, DIABETIC	54	pilocarpine hcl	29, 50
PENBRAYA (PF)	47	pimecrolimus	31
penicillamine	94	pimozide	87
penicillin g potassium	63	pimtreea (28)	38
penicillin g procaine	63	pinaway	111
penicillin g sodium	63	pink bismuth	111, 112
penicillin v potassium	63	pinworm treatment	112
PENTACEL (PF)	47	pioglitazone	100
pentamidine	85	piperacillin-tazobactam	63
pentoxifylline	22	PIQRAY	80
PERIKABIVEN	94	pirfenidone	103
perindopril erbumine	22	piroxicam	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 03/01/2025.

PLASMA-LYTE A	94	pr natal 430	95
PLASMA-LYTE 148	94	pr natal 430 ec	95
podofilox	31	pralatrexate	81
POLIVY	80, 81	pramipexole	18
polycin	50	prasugrel hcl	97
polyethylene glycol 3350	112	pravastatin	23
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	prednisone	41
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	94	prednisone intensol	41
potassium chloride	94, 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 %	95
potassium chloride in 5 % dex	95	PRENATA	95
potassium chloride-d5-0.2%nacl	95	PRENATABS FA	95
potassium chloride-d5-0.3%nacl	95	prenatal plus (calcium carb)	95
potassium chloride-d5-0.9%nacl	95	prenatal plus vitamin-mineral	95
potassium chloride-0.45 % nacl	95	PRENATE ELITE	95
potassium citrate	95	prevalite	23
POTELIGEO	81	PREVYMIS	90
pr natal 400	95	PREZCOBIX	91
pr natal 400 ec	95	PREZISTA	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 03/01/2025.

PRIFTIN	72	propylthiouracil	44
primaquine	85	PROQUAD (PF)	47
primidone	66	protriptyline	68
PRIMSOL	63	pseudoephedrine hcl	112
PRIORIX (PF)	47	PULMOZYME	103
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	54	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	54
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	87
progesterone micronized	39	quinapril	23
PROGRAF	47	quinapril-hydrochlorothiazide	23
PROLIA	25	quinidine sulfate	23
PROMACTA	97	quinine sulfate	85
promethazine	70	QULIPTA	17
promethazine-codeine	105	R	
propafenone	23	RABAVERT (PF)	47
propracetamol	50	RADICAVA ORS	28
propranolol	23	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	28
propranolol-hydrochlorothiazid	23	raloxifene	39
		ramipril	23
		ranolazine	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 03/01/2025.

rasagiline	18	riluzole	28
ready-to-use enema	112	rimantadine	91
reclipsen (28)	39	ringer's	54, 95
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	87
rena-vite rx	112	risperidone	87, 88
renal vitamin	112	ritonavir	91
reno caps	112	rivastigmine tartrate	15
repaglinide	100	rizatriptan	17
REPATHA PUSHTRONEX	23	ROCKLATAN	50
REPATHA SURECLICK	23	roflumilast	103
REPATHA SYRINGE	23	romidepsin	81
RETACRIT	97	ropinirole	18
RETEVMO	81	rosuvastatin	23
RETROVIR	91	ROTARIX	48
REVUFORJ	81	ROTATEQ VACCINE	48
REXULTI	87	roweepra	66
REYATAZ	91	roweepra xr	66
REZLIDHIA	81	ROZLYTREK	81
RHOPRESSA	50	RUBRACA	81
RIABNI	81	rufinamide	66
ribavirin	91	RUKOBIA	91
rifabutin	72	RUXIENCE	81
rifampin	72	RYBELSUS	100

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

RYBREVANT	81	senna leaf extract	112
RYDAPT	81	senna plus	112
RYLAZE	81	senna-s	112
RYTELO	81	senna-time s	112
S		sennosides	112
sajazir	48	sennosides-docusate sodium	112
saline mist	112	SENOKOT	112
saline nasal	112	SENOKOT EXTRA STRENGTH	112
saline nasal mist	112	SENOKOT KIDS	112
saline nose	112	SENOKOT-S	112
SANDIMMUNE	48	sertraline	69
SANDOSTATIN LAR DEPOT	43	setlakin	39
SANTYL	31	sharobel	39
sapropterin	104	SHINGRIX (PF)	48
SARCLISA	81	SIGNIFOR	43
saxagliptin	100	sildenafil (pulm.hypertension)	103
SCEMBLIX	81	silodosin	33
scopolamine base	70	silver sulfadiazine	31
se-natal 19 chewable	95	SIMBRINZA	50
SECUADO	88	simliya (28)	39
selegiline hcl	18	simvastatin	23
SELZENTRY	91	sirolimus	48
senexon-s	112	SIRTURO	72
senna	112	SKYRIZI	48
senna lax	112	SMOFLIPID	96
senna laxative	112	smooth antacid	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 03/01/2025.

sodium bicarbonate	96, 113	spironolactone	23
SODIUM BICARBONATE (BULK)	105, 113	sprintec (28)	39
sodium chloride	54, 96	SPRITAM	66
sodium chloride 0.45 %	96	SPRYCEL	81
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	51	STELARA	48
sodium phenylbutyrate	104	stimulant laxative plus	113
sodium polystyrene sulfonate	96	STIOLTO RESPIMAT	104
sodium,potassium,mag sulfates	32	STIVARGA	82
solifenacin	33	stomach relief	113
SOLQUA 100/33	100	stool softener	113
SOLTAMOX	81	stool softener (docusate cal)	113
SOLU-MEDROL	41	stool softener-laxative	113
SOLU-MEDROL (PF)	41	stool softener-stimulant laxat	113
SOMAVERT	43	STRENSIQ	104
sorafenib	81	streptomycin	63
SORBITOL	113	STRIBILD	91
sorine	23	STRIVERDI RESPIMAT	104
sotalol	23	subvenite	66
sotalol af	23	subvenite starter (blue) kit	66
SPIRIVA RESPIMAT	103	subvenite starter (green) kit	66
SPIRIVA WITH HANDIHALER	103	subvenite starter (orange) kit	66
spironolacton-hydrochlorothiaz	23	sucralfate	32, 33

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

sudogest	113	tacrolimus	31, 48
SUFLAVE	33	tadalafil	33
sulfacetamide sodium	51, 63	tadalafil (pulm. hypertension)	104
sulfacetamide-prednisolone	51	TAFINLAR	82
sulfadiazine	63	TAGRISSO	82
sulfamethoxazole-trimethoprim	63	TALICIA	33
sulfasalazine	26	TALVEY	82
sulindac	57	TALZENNA	82
sumatriptan	17	tamoxifen	82
sumatriptan succinate	17	tamsulosin	33
sunitinib malate	82	tarina fe 1-20 eq (28)	39
SUNLENCA	91	tarina fe 1/20 (28)	39
suphedrin	113	tarina 24 fe	39
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	54	TASIGNA	82
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	55	tasimelteon	51
SUTAB	33	tazarotene	31
syeda	39	taztia xt	23
SYMBICORT	104	TAZVERIK	82
SYMPAZAN	66	TDVAX	48
SYMTUZA	91	TECENTRIQ	82
SYNJARDY	100	TECENTRIQ HYBREZA	82
SYNJARDY XR	101	TECVAYLI	82
SYNRIBO	82	TEFLARO	63
SYNTHROID	42	telmisartan	23
		telmisartan-amlodipine	24
		temazepam	51

T

TABRECTA

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

temsirolimus	82	tinidazole	63
TENIVAC (PF)	48	tioconazole	113
tenofovir disoproxil fumarate	91	tioconazole-1	113
TEPMETKO	82	TIROSINT-SOL	42
terazosin	24	TIVDAK	82
terbinafine hcl	71	TIVICAY	91
terconazole	71	TIVICAY PD	91
teriflunomide	28	tizanidine	16
testosterone	39	tobramycin	51
testosterone cypionate	39	tobramycin in 0.225 % nacl	63
testosterone enanthate	39	tobramycin sulfate	63
tetrabenazine	28	tobramycin-dexamethasone	51
TEVIMBRA	82	tolterodine	34
THALOMID	82	topiramate	66
theophylline	104	topotecan	82
thiamine hcl (vitamin b1)	105	toremifene	82
thioridazine	88	torpenz	82
thiotepa	82	toremide	24
thiothixene	88	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	101
tiadylt er	24	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	101
tiagabine	66	TPN ELECTROLYTES	96
TIBSOVO	82	TRADJENTA	101
TICOVAC	48	tramadol	57
tigecycline	63	trandolapril	24
tilia fe	39	tranexamic acid	97
timolol maleate	24, 51	tranylcypromine	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 03/01/2025.

TRAVASOL 10 %	96	tri-vylibra lo	39
travoprost	51	triamcinolone acetonide	29, 41
TRAZIMERA	82	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	63
TRESIBA U-100 INSULIN	101	trimipramine	69
tretinoin	31	trinatal rx 1	96
tretinoin (antineoplastic)	82	TRINTELLIX	69
tri-buffered aspirin	113	TRISENOX	83
tri-estarylla	39	TRIUMEQ	91
tri-legest fe	39	TRIUMEQ PD	91
tri-linyah	39	trivora (28)	39
tri-lo-estarylla	39	TRIZIVIR	91
tri-lo-marzia	39	TRODELVY	83
tri-lo-mili	39	TROGARZO	91
tri-lo-sprintec	39	TROPHAMINE 10 %	96
tri-mili	39	tropium	34
tri-nymyo	39	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	55
tri-sprintec (28)	39	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	55
tri-vylibra	39	trueplus glucose	113

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

TRULICITY	101	UNITUXIN	83
TRUMENBA	48	ursodiol	33
TRUQAP	83	V	
TUKYSA	83	valacyclovir	91
tulana	39	VALCHLOR	83
TURALIO	83	valganciclovir	91
turqoz (28)	39	valproate sodium	66
tusnel diabetic	113	valproic acid	66
tusnel-ex	113	valproic acid (as sodium salt)	66
tussin dm	113	valsartan	24
tussin dm clear	113	valsartan-hydrochlorothiazide	24
tussin mucus-chest congestion	113	VALTOCO	67
TWINRIX (PF)	48	valtya	40
TYBOST	91	vancomycin	64
TYMLOS	25	VANFLYTA	83
TYPHIM VI	48	VAQTA (PF)	48
U		varenicline tartrate	26
UBRELVY	17	VARIVAX (PF)	49
UDENYCA	97	VASCEPA	24
UDENYCA AUTOINJECTOR	97	VAXCHORA VACCINE	49
UDENYCA ONBODY	97	VECTIBIX	83
ULTILET ALCOHOL SWAB	55	velivet triphasic regimen (28)	40
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	55	VEMLIDY	91
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	55	VENCLEXTA	83
ULTRA-FINE PEN NEEDLE	55	VENCLEXTA STARTING PACK	83
UNITHROID	42	venlafaxine	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 03/01/2025.

VENTOLIN HFA	104	VOCABRIA	92
verapamil	24	volnea (28)	40
VERQUVO	24	VONJO	83
VERSACLOZ	88	VORANIGO	83
VERZENIO	83	voriconazole	71, 72
vestura (28)	40	VOSEVI	92
vienva	40	VOWST	33
vigabatrin	67	VRAYLAR	88
vigadrone	67	VUMERITY	28
VIGAFYDE	67	vylibra	40
vigpoder	67	VYLOY	83
VIIBRYD	69	VYNDAMAX	105
vilazodone	69	VYGART	16
vinblastine	83	VYGART HYTRULO	16
vincasar pfs	83	VYXEOS	83
vincristine	83	W	
vinorelbine	83	warfarin	97
viorele (28)	40	water for irrigation, sterile	55
VIRACEPT	92	WEBCOL	55
VIREAD	92	WELIREG	105
virt-nate dha	96	wera (28)	40
vitamin d2	105	wesnatal dha complete	96
vitamin k1	105	wesnate dha	96
VITRAKVI	83	westab plus	96
VIVITROL	26	wixela inhub	104
VIZIMPRO	83	women's gentle laxative(bisac)	113

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



Este formulario fue actualizado el 03/01/2025.

wymzya fe	40	zarah	40
X		ZARXIO	98
XALKORI	83	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	101
XARELTO	97	ZEGALOGUE SYRINGE	101
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	97	ZEJULA	84
XATMEP	49	ZELBORAF	84
XCOPRI	67	ZEMAIRA	105
XCOPRI MAINTENANCE PACK	67	zenatane	31
XCOPRI TITRATION PACK	67	ZEPZELCA	84
XDEMYVY	55	ZEVALIN (Y-90)	55
XGEVA	25	zidovudine	92
XIFAXAN	33	ZIIHERA	84
XOLAIR	49	ziprasidone hcl	88
XOSPATA	83	ziprasidone mesylate	88
XPOVIO	84	ZIRABEV	84
XTANDI	84	ZIRGAN	92
xulane	40	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
Y		zoledronic acid	25
YERVOY	84	zoledronic acid-mannitol-water	25
YF-VAX (PF)	49	ZOLINZA	84
YONDELIS	84	zolpidem	52
Z		ZONISADE	67
zafemy	40	zonisamide	67
zafirlukast	104	zovia 1-35 (28)	40
zaleplon	52	ZTALMY	67
ZALTRAP	84	ZUBSOLV	26
ZANOSAR	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 03/01/2025.

zumandimine (28)	40
ZURZUVAE	69
ZYDELIG	84
ZYKADIA	84
ZYNLONTA	84
ZYNYZ	84
ZYPITAMAG	24
ZYPREXA RELPREVV	88
3-day vaginal	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 03/01/2025.

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.....	57
.....	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.....	84
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33	Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....	85
Desbalance de hormonas sexuales.....	34	Infecciones virales.....	88
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40	Deficiencias de vitaminas.....	92
.....	41	.....	96
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42	Diabetes.....	98
.....	42	.....	101
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44	.....	102
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44	.....	102

.....104

.....105

.....105



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

Llámenos si nos necesita

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

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

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

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

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

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

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

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

日本語 (Japanese): 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-787-3311 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人が支援いたします。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 03/01/2025. 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[®]