

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 01/01/2025. 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](http://WWW.HUMANA.COM).

**Humana**<sup>®</sup>



# 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? .....  | 12  |
| B16. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos? .....   | 13  |
| B17. ¿Cuál es mi copago? .....   | 13  |
| B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos? .....   | 13  |
| C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos .....   | 14  |
| C1. Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica .....   | 14  |
| D. Índice de medicamentos cubiertos .....  | 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 01/01/2025.

# 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 01/01/2025.

## 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 01/01/2025.

- 
- 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 01/01/2025.

---

#### **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 01/01/2025.

---

## 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 152. 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 01/01/2025.



- 
- 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 01/01/2025.

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 01/01/2025.

---

## 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 01/01/2025.

---

## 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.

---

## B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

---

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

---

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

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

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

---

### **B16. ¿Cuál es mi copago?**

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

---

### **B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?**

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

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

---

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

## 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.

---

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

## 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 <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ofloxacin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>  | \$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 <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| donepezil 23 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| donepezil 5 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. <sup>MO</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| galantamine 4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(200 cada 30 días)                                  |
| memantine 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| memantine 2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>                                       | \$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. <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(28 cada 28 días)                                   |
| rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                                | \$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 01/01/2025.

## 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> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>baclofen 20 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>baclofen 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>            | \$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> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>colchicine 0.6 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>febuxostat 40 mg, 80 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>probenecid 500 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup> | \$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> <sup>MO</sup>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VYVGART 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION <sup>DL</sup> | \$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 01/01/2025.



## 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><br><b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(8 cada 30 días)                                 |
| EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 30 días)                                 |
| EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 30 días)                                 |
| EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 30 días)                                 |
| <i>ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(40 cada 30 días)                                   |
| <i>naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(9 cada 30 días)                                    |
| QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(12 cada 30 días)                                   |
| <i>rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(12 cada 30 días)                                   |
| <i>sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL</i><br><b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(12 cada 30 días)                                   |
| <i>sumatriptan succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(9 cada 30 días)                                    |
| <i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE</i> <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(6 cada 30 días)                                    |
| <i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(6 cada 30 días)                                    |
| <i>sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(6 cada 30 días)                                    |
| UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>  | \$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> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>benztropine 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bromocriptine 2.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET</i> <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER</i> <b>MO</b>                         | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| entacapone 200 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| INBRIJA 42 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>DL</b>  | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| selegiline hcl 5 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| selegiline hcl 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| amiloride 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amiodarone 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amiodarone 200 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amiodarone 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE <b>MO</b>                     | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| atenolol 100 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| atenolol 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bumetanide 1 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| candesartan 32 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| chlorthalidone 25 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| chlorthalidone 50 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cholestyramine light 4 gram POWDER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| clonidine hcl 0.1 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| 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 <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| colestipol 1 gram TABLET <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| colestipol 5 gram GRANULES <sup>MO</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1000 cada 30 días)                                 |
| colestipol 5 gram PACKET <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| digoxin 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET <sup>MO</sup>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET <sup>MO</sup>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diltiazem hcl 120 mg, 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLET <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| ezetimibe 10 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate 160 mg TABLET <sup>MO</sup>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate 54 mg TABLET <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(60 cada 30 días)                                |
| fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(30 cada 30 días)                                |
| fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>           | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| furosemide 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| furosemide 80 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| gemfibrozil 600 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| guanfacine 1 mg, 2 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydralazine 20 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydrochlorothiazide 50 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg TABLET <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isosorbide-hydralazine 20-37.5 mg TABLET <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg TABLET <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| labetalol 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lisinopril 30 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET <sup>MO</sup>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                          | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metyrosine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MULTAQ 400 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| nebivolol 10 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| nebivolol 20 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| niacin 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| niacor 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| nimodipine 30 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION <b>DL</b>  | \$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. <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| olmesartan 20 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| olmesartan 40 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| olmesartan 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pacerone 200 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pentoxifylline 400 mg TABLET ER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET <b>MO</b>                           | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pravastatin 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prevalite 4 gram POWDER <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prevalite 4 gram POWDER IN PACKET <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propafenone 225 mg, 325 mg, 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propranolol 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL (120 cada 30 días)                                 |
| REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (3.5 cada 28 días)                              |
| REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (3 cada 28 días)                                |
| REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (3 cada 28 días)                                |
| rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| spironolactone 100 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (60 cada 30 días)                                  |
| taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| telmisartan 80 mg TABLET <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| torse mide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| torse mide 20 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| valsartan 160 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| VASCEPA 1 GRAM CAPSULE <b>MO</b>  | \$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. <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| alendronate 35 mg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| alendronate 70 mg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b> | \$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 01/01/2025.



| 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 <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (60 cada 30 días)                                  |
| cinacalcet 90 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (120 cada 30 días)                                 |
| doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (2.4 cada 28 días)                              |
| ibandronate 150 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1 cada 28 días)                                   |
| NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE <sup>DL,LA</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (2 cada 28 días)                                |
| pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 cada 21 días)                                  |
| pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 1)                            | QL (10 cada 21 días)                                  |
| paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (24 cada 30 días)                                  |
| paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (48 cada 28 días)                                  |
| PROLIA 60 MG/ML SYRINGE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL (1 cada 180 días)                                  |
| risedronate 35 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (4 cada 28 días)                                   |
| TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR <sup>DL</sup>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (1.56 cada 30 días)                             |
| XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (1.7 cada 28 días)                              |
| zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL (300 cada 21 días)                                 |
| zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL (15 cada 21 días)                                  |
| zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL (300 cada 21 días)                                 |
| zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK <sup>MO</sup>                     | \$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 <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| budesonide 9 mg TABLET, DR/ER <sup>DL</sup>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                                 | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1800 cada 30 días)                                 |
| sulfasalazine 500 mg TABLET <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC <sup>MO</sup>       | \$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 <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 8-2 mg SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2 cada 30 días)                                    |
| naltrexone 50 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| OPVEE 2.7 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL <sup>MO</sup>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2 cada 30 días)                                    |
| varenicline tartrate 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(53 cada 28 días)                                   |
| varenicline tartrate 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>MO</sup>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(56 cada 28 días)                                   |
| VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON <sup>DL</sup>                                       | \$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 <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET <sup>MO</sup>  | \$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 01/01/2025.

**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> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| AUSTEDO 6 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>  | \$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. <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>  | \$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 <b>DL</b>                  | \$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 <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(42 cada 28 días)                                |
| BETASERON 0.3 MG KIT <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(15 cada 30 días)                                |
| COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(12 cada 28 días)                                |
| <i>dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR.</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$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> <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(14 cada 30 días)                                |
| DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>                           | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>fingolimod 0.5 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| FIRDAPSE 10 MG TABLET <sup>DL</sup>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| <i>glatiramer 20 mg/ml SYRINGE</i> <sup>DL</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>glatiramer 40 mg/ml SYRINGE</i> <sup>DL</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(12 cada 28 días)                                |
| <i>glatopa 20 mg/ml SYRINGE</i> <sup>DL</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>glatopa 40 mg/ml SYRINGE</i> <sup>DL</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(12 cada 28 días)                                |
| <i>guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.2 cada 28 días)                               |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER</i> <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER</i> <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| NUFEXTA 20-10 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>pregabalin 20 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(900 cada 30 días)                                  |
| <i>pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| RADICAVA ORS 105 MG/5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>                        | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(70 cada 28 días)                                |
| RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP 105 MG/5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(70 cada 28 días)                                |
| <i>riluzole 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>tetrabenazine 12.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| <i>tetrabenazine 25 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC <sup>DL</sup>                             | \$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 01/01/2025.

**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> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>periogard 0.12 % MOUTHWASH</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE</i> <sup>MO</sup>      | \$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>acutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>adapalene 0.3 % GEL</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(45 cada 30 días)                                   |
| <i>adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(45 cada 30 días)                                   |
| <i>ammonium lactate 12 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ammonium lactate 12 % LOTION</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>amnesteem 10 mg, 20 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION</i> <sup>MO</sup>    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % LOTION</i> <sup>MO</sup>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % GEL</i> <sup>MO</sup>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % LOTION</i> <sup>MO</sup>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 30 días)                                  |
| <i>calcipotriene 0.005 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| <i>calcipotriene 0.005 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clindamycin phosphate 1 % GEL</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>clindamycin phosphate 1 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>          | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>clindamycin phosphate 1 % SWAB</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide 1-5 % GEL</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(50 cada 30 días)                                   |
| <i>clindamycin-benzoyl peroxide 1.2 %(1 % base) -5 % GEL</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(45 cada 30 días)                                   |
| <i>clobetasol 0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % FOAM</i> <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 28 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % GEL</i> <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 28 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % LOTION</i> <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 28 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 28 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % SHAMPOO</i> <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>clobetasol 0.05 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 30 días)                                  |
| <i>clobetasol-emollient 0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>ery pads 2 % SWAB</i> <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>fluocinolone 0.01 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>fluocinolone 0.025 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>fluocinolone 0.025 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(118.28 cada 30 días)                               |
| <i>fluorouracil 2 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>fluorouracil 5 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluorouracil 5 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>fluticasone propionate 0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(28.4 cada 30 días)                                 |
| <i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> <sup>MO</sup>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>hydrocortisone 2.5 % LOTION</i> <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(236 cada 30 días)                                  |
| <i>HYFTOR 0.2 % GEL</i> <sup>DL</sup>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>imiquimod 5 % CREAM IN PACKET</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(12 cada 30 días)                                   |
| <i>isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lindane 1 % SHAMPOO</i> <sup>MO</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>LOCOID LIPOCREAM 0.1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>malathion 0.5 % LOTION</i> <sup>MO</sup>                                | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>mometasone 0.1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>mometasone 0.1 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>mometasone 0.1 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>mupirocin 2 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>permethrin 5 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pimecrolimus 1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(100 cada 30 días)                               |
| <i>podofilox 0.5 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(7 cada 30 días)                                    |
| <i>procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT</i> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| <i>silver sulfadiazine 1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>SSD 1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(200 cada 30 días)                                  |
| <i>tazarotene 0.1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL</i> <sup>MO</sup>           | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(45 cada 30 días)                                |
| <i>tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(45 cada 30 días)                                |
| <i>zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>     | \$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 |
|---|--|---|
| <i>alosetron 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>constulose 10 gram/15 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dicyclomine 10 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dicyclomine 20 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>       | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>enulose 10 gram/15 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>famotidine 10 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famotidine 20 mg, 40 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>generlac 10 gram/15 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lactulose 10 gram/15 ml, 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>loperamide 2 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lubiprostone 24 mcg, 8 mcg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>misoprostol 100 mcg, 200 mcg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>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</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$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 01/01/2025.



| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sucralfate 1 gram TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION</i> <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ursodiol 300 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VOWST CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| XIFAXAN 200 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(9 cada 30 días)                                 |
| XIFAXAN 550 MG TABLET <b>DL</b>  | \$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 |
|---|--|---|
| <i>alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>darifenacin 15 mg, 7.5 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>dutasteride 0.5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR.</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| ELMIRON 100 MG CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>finasteride 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| <i>oxybutynin chloride 10 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>oxybutynin chloride 15 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP</i> <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>silodosin 4 mg, 8 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>                                   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                              | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET MO</i>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>tadalafil 5 mg TABLET MO</i>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>tamsulosin 0.4 mg CAPSULE MO</i>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO</i>             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO</i> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>tropium 20 mg TABLET MO</i>                      | \$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 |
|---|--|---|
| <i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO</i>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO</i>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO</i>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO</i>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>apri 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO</i>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>abra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>abra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO</i>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO</i>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO</i>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO</i>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET MO</i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ayuna 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO</i>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO</i>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>camila 0.35 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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(91 cada 90 días)                                   |
| chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(8 cada 28 días)                                    |
| cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cyred 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| deblitane 0.35 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(5 cada 30 días)                                    |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(8 cada 28 días)                                    |
| drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DUAVEE 0.45-20 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| elimest 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| emzahh 0.35 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| enskyce 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| errin 0.35 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| estarylla 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$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 <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(8 cada 28 días)                                    |
| estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| gallifrey 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| heather 0.35 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(91 cada 90 días)                                   |
| incassia 0.35 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isibloom 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| jencycla 0.35 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| juleber 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| kalliga 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| kelnor 1/50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(91 cada 90 días)                                   |
| larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(91 cada 90 días)                                   |
| levora-28 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(91 cada 90 días)                                   |
| loryna (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lyleq 0.35 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(8 cada 28 días)                                    |
| lyza 0.35 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 90 días)                                    |
| medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1 cada 90 días)                                    |
| megestrol 20 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>NEXPLANON 68 MG IMPLANT DL</i>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>NORA-BE 0.35 MG TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nora-be 0.35 mg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norelgestromin-ethin.estradiol 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(3 cada 28 días)                                    |
| <i>noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>norethindrone acetate 5 mg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>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</i> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>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</i>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ocella 3-0.03 mg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>OSPHENA 60 MG TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>oxandrolone 10 mg TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>oxandrolone 2.5 mg TABLET MO</i>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| <i>pimtrex (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO</i>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>portia 28 0.15-0.03 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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| progesterone 50 mg/ml OIL <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| raloxifene 60 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL (91 cada 90 días)                                  |
| sharobel 0.35 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| syeda 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (37.5 cada 30 días)                             |
| testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (150 cada 30 días)                              |
| testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (150 cada 30 días)                              |
| testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| testosterone enanthate 200 mg/ml OIL <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (25 cada 90 días)                               |
| tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET <b>MO</b>                   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>trivora</i> (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tulana</i> 0.35 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>turqoz</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>velivet triphasic regimen</i> (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vestura</i> (28) 3-0.02 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vienva</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>viorele</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>volnea</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>vylibra</i> 0.25-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>wera</i> (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>wymzya fe</i> 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>xulane</i> 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(3 cada 28 días)                                    |
| <i>zafemy</i> 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(3 cada 28 días)                                    |
| <i>zarah</i> 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>zovia</i> 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>zumandimine</i> (28) 3-0.03 mg TABLET <b>MO</b>                            | \$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 <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>desmopressin</i> 0.1 mg, 0.2 mg TABLET <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                       | \$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 01/01/2025.



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

**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 <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$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 <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |

**AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)**

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| cabergoline 0.5 mg TABLET <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE <b>DL</b>                     | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(0.2 cada 28 días)                               |
| lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(0.3 cada 28 días)                               |
| leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 90 días)                                 |
| LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 30 días)                                 |
| LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 30 días)                                 |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 90 días)                                 |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 112 días)                                |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 168 días)                                |
| LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 28 días)                                 |
| LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 168 días)                                |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 90 días)                                 |
| octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                       | \$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 01/01/2025.

**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> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>propylthiouracil 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$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 <sup>DL</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <sup>DL</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE <sup>DL</sup>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.2 cada 28 días)                               |
| ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR <sup>DL</sup>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2.4 cada 28 días)                               |
| ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE <sup>DL</sup>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2.4 cada 28 días)                               |
| ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <sup>DL</sup>                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <sup>DL</sup>                     | \$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 <sup>DL</sup> | \$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 <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>azathioprine 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>DL</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 28 días)                                |
| BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>DL</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML (150 MG/ML) PEN INJECTOR <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| <i>cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE <b>MO</b></i>                              | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b></i>              | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b></i>                        | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3.42 cada 28 días)                              |
| DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.34 cada 28 días)                              |
| DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3.42 cada 28 días)                              |
| DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET <b>MO</b></i>                   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(60 cada 30 días)                              |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET <b>DL</b></i>                    | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(120 cada 30 días)                             |
| <i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET <b>DL</b></i>             | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(60 cada 30 días)                              |
| GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION <b>DL</b>                                 | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(24 cada 28 días)                                |
| HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT <b>DL</b>  | \$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 <b>DL</b>   | \$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 <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT <b>DL</b>  | \$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 <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| <i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(18 cada 30 días)                                |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| 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 <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MENQUADEFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methotrexate sodium 2.5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| mycophenolate mofetil 500 mg TABLET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (2 cada 28 días)                                |
| PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (4 cada 28 días)                                |
| PENBRAVA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PENTACEL (PF) 15LF-48MCG-62DU -10 MCG/0.5ML KIT <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>         | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. <b>DL</b>                                    | \$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 01/01/2025.

| 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. <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(168 cada 365 días)                              |
| RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(18 cada 30 días)                                |
| SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 84 días)                                 |
| SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 84 días)                                 |
| SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8.4 cada 365 días)                              |
| SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(16.8 cada 365 días)                             |
| STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.5 cada 84 días)                               |
| STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.5 cada 84 días)                               |
| STELARA 90 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 84 días)                                 |
| <i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION <b>DL</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 84 días)                                 |
| TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 84 días)                                 |
| TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 365 días)                              |
| TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE <b>DL</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION <b>DL</b>              | \$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 01/01/2025.



| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR <b>DL,LA</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR <b>DL,LA</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(4 cada 28 días)                                 |
| XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE <b>DL,LA</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(4 cada 28 días)                                 |
| YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |

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

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ALCAINE 0.5 % DROPS <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>apraclonidine 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>atropine 1 % DROPS</i> <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>azelastine 0.05 % DROPS</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bacitracin 500 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>betaxolol 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>brimonidine 0.2 % DROPS</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carteolol 1 % DROPS</i> <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS</i> <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(5 cada 25 días)                                    |
| <i>cromolyn 4 % DROPS</i> <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE</i> <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| CYSTARAN 0.44 % DROPS <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 28 días)                                |
| <i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS</i> <b>MO</b>           | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>diclofenac sodium 0.1 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dorzolamide 2 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS</i> <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT</i> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(3.5 cada 28 días)                                  |
| <i>EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(16.6 cada 30 días)                                 |
| <i>fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gentamicin 0.3 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(3 cada 30 días)                                    |
| <i>ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(10 cada 30 días)                                   |
| <i>latanoprost 0.005 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(5 cada 25 días)                                    |
| <i>levobunolol 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>LUMIGAN 0.01 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2.5 cada 25 días)                                  |
| <i>methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>moxifloxacin 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT</i> <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT</i> <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT</i> <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS</i> <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ofloxacin 0.3 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS</i> <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION</i> <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS</i> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>proparacaine 0.5 % DROPS</i> <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| RHOPRESSA 0.02 % DROPS <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(2.5 cada 25 días)                               |
| ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(2.5 cada 25 días)                               |
| SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>                   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(16 cada 30 días)                                   |
| sulfacetamide sodium 10 % DROPS <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| timolol maleate 0.25 % DROPS <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION <sup>MO</sup>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| timolol maleate 0.5 % DROPS <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tobramycin 0.3 % DROPS <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| travoprost 0.004 % DROPS <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2.5 cada 25 días)                                  |
| trifluridine 1 % DROPS <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |

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

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

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

| Nombre del medicamento                            | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| BELSOMRA 10 MG TABLET <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| BELSOMRA 5 MG TABLET <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| modafinil 100 mg, 200 mg TABLET <sup>MO</sup>     | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION</i> <sup>DL</sup>               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(540 cada 30 días)                               |
| <i>tasimelteon 20 mg CAPSULE</i> <sup>DL</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE</i> <sup>DL</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |

### AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>MO</sup>  | \$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 <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <sup>MO</sup>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IV PREP WIPES PADS, MEDICATED <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lactated ringers</i> SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mifepristone</i> 300 mg TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>nitroglycerin</i> 0.4 % (w/w) OINTMENT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| NOVOPEN ECHO INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ringer's</i> SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sodium chloride</i> 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                                   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| water for irrigation, sterile SOLUTION <b>MO</b>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| WEBCOL PADS, MEDICATED <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XDEMZY 0.25 % DROPS <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(10 cada 42 días)                                |
| ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT <b>DL</b>                 | \$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 <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2700 cada 30 días)                                 |
| acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(390 cada 30 días)                                  |
| acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET <b>DL</b>   | \$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 <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(4 cada 28 días)                                 |
| diclofenac potassium 50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diclofenac sodium 1 % GEL <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1000 cada 30 días)                                 |
| diclofenac sodium 1.5 % DROPS <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| etodolac 400 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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. <b>DL</b> | \$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 <b>DL</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(720 cada 30 días)                             |
| <i>flurbiprofen 100 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET</i> <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(390 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET</i> <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION</i> <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2700 cada 30 días)                                 |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET</i> <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(5520 cada 30 días)                                 |
| <i>hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET</i> <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(150 cada 30 días)                                  |
| <i>hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>hydromorphone 8 mg TABLET</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ibuprofen 400 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>indomethacin 75 mg CAPSULE, ER</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ketorolac 10 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(20 cada 30 días)                                   |
| <i>meloxicam 15 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>meloxicam 7.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>methadone 10 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>methadone 10 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1800 cada 30 días)                                 |
| <i>methadone 10 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>methadone 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>methadone 5 mg TABLET</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(480 cada 30 días)                                  |
| <i>methadone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(3600 cada 30 días)                                 |
| <i>morphine 10 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2700 cada 30 días)                                 |
| <i>morphine 100 mg TABLET ER</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>morphine 15 mg, 30 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>morphine 15 mg, 30 mg, 60 mg TABLET ER</i> <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1350 cada 30 días)                                 |
| <i>morphine 200 mg TABLET ER</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(540 cada 30 días)                                  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>naproxen 250 mg, 375 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>naproxen 375 mg TABLET, DR/EC</i> <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>naproxen 500 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE</i> <sup>DL</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(270 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone 5 mg CAPSULE</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>DL</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(5400 cada 30 días)                                 |
| <i>oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET</i> <sup>DL</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| <i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>DL</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1800 cada 30 días)                                 |
| <i>piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sulindac 150 mg, 200 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <sup>DL</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE</i> <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>tramadol 50 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>  | \$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> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| <i>lidocaine hcl 2 % JELLY</i> <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lidocaine hcl 2 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lidocaine viscous 2 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM</i> <sup>MO</sup>    | \$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 01/01/2025.

## 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 <sup>DL</sup>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| alprazolam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(150 cada 30 días)                                  |
| bupirone 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bupirone 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET <sup>MO</sup>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>DL</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clonazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET <sup>DL</sup>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diazepam 10 mg TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| diazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| diazepam 5 mg TABLET <sup>DL</sup>  | \$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 <sup>DL</sup>        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1200 cada 30 días)                                 |
| diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| hydroxyzine hcl 25 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| lorazepam 2 mg TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(150 cada 30 días)                                  |
| lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(150 cada 30 días)                                  |
| lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE <sup>DL</sup>                                  | \$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 <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amikacin 1,000 mg/4 ml, 500 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup> | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin 500 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin 875 mg TABLET <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ampicillin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (235.2 cada 28 días)                            |
| azithromycin 1 gram PACKET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| azithromycin 250 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| azithromycin 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefadroxil 500 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefdinir 300 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefixime 400 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefoxitin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cephalexin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cephalexin 500 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>                                      | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin palmitate hcl 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clindamycin phosphate 2 % CREAM <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| daptomycin 350 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| daptomycin 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DIFICID 200 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| doxy-100 100 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline hyclate 100 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline hyclate 20 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ertapenem 1 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| gentamicin 0.1 % CREAM <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| gentamicin 0.1 % OINTMENT <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| gentamicin 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| HUMATIN 250 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levofloxacin 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lincomycin 300 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (1800 cada 30 días)                                |
| linezolid 600 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL (60 cada 30 días)                                  |
| linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| methenamine hippurate 1 gram TABLET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metronidazole 0.75 % CREAM <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metronidazole 0.75 % LOTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metronidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| mondoxynel 100 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| moxifloxacin 400 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK <b>DL</b>      | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| neomycin 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| paramomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| streptomycin 1 gram RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfadiazine 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| tigecycline 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| tobramycin in 0.225 % nacl 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| trimethoprim 100 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 5 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| vancomycin 1.75 gram, 2 gram RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| vancomycin 125 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| vancomycin 250 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

**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 <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(600 cada 30 días)                               |
| BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| carbamazepine 100 mg, 200 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| carbamazepine 100 mg, 200 mg, 400 mg TABLET, ER 12 HR. <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| carbamazepine 200 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| clobazam 10 mg, 20 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET <b>DL</b>                               | \$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 <b>DL</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| epitol 200 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(480 cada 30 días)                               |
| ethosuximide 250 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| felbamate 400 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION <b>DL,LA</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(680 cada 28 días)                               |
| FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| FYCOMPA 2 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(270 cada 30 días)                                  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(2250 cada 30 días)                                 |
| gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| lacosamide 10 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1395 cada 30 días)                                 |
| lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levetiracetam 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(900 cada 30 días)                                  |
| levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LIBERVANT 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG FILM <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(10 cada 30 días)                                   |
| methsuximide 300 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(10 cada 30 días)                                   |
| oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1500 cada 30 días)                                 |
| phenobarbital 30 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| primidone 125 mg, 250 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| rufinamide 200 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(480 cada 30 días)                               |
| rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(2760 cada 30 días)                              |
| rufinamide 400 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(90 cada 30 días)                                |
| SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(360 cada 30 días)                               |
| SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(180 cada 30 días)                               |
| SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(120 cada 30 días)                               |
| subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| topiramate 25 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| valproic acid 250 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(10 cada 30 días)                                   |
| vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| vigabatrin 500 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| vigadrone 500 mg TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(600 cada 25 días)                               |
| vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>  | \$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 <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>                              | \$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 <b>DL</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(900 cada 30 días)                               |
| zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1080 cada 30 días)                              |

### ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amitriptyline 25 mg TABLET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| citalopram 10 mg, 40 mg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| citalopram 20 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. <b>DL</b>         | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| escitalopram oxalate 10 mg TABLET <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(45 cada 30 días)                                   |
| escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                         | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(600 cada 30 días)                                  |
| FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| <i>fluoxetine 10 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>fluoxetine 20 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluoxetine 40 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MARPLAN 10 MG TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mirtazapine 45 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>paroxetine hcl 10 mg, 20 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>phenelzine 15 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sertraline 100 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>sertraline 25 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>tranylcypromine 10 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trazodone 300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> <sup>MO</sup>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. <sup>MO</sup>             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| VIIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 365 días)                               |
| ZURZUVAE 30 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                           | \$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 <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(2 cada 28 días)                               |
| aprepitant 80 mg CAPSULE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(4 cada 28 días)                               |
| compro 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(120 cada 30 días)                             |
| granisetron hcl 1 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(28 cada 28 días)                              |
| meclizine 12.5 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| meclizine 25 mg TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ondansetron hcl 4 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(450 cada 30 días)                             |
| ondansetron hcl 8 mg TABLET <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET <sup>MO</sup>                                | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>promethazine 25 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY</i> <sup>MO</sup> | \$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 |
|---|--|---|
| <i>ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| <i>amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> <sup>DL</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ciclodan 8 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(13.2 cada 30 días)                                 |
| <i>ciclopirox 0.77 % CREAM</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>ciclopirox 0.77 % GEL</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(100 cada 30 días)                                  |
| <i>ciclopirox 0.77 % SUSPENSION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>ciclopirox 8 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(13.2 cada 30 días)                                 |
| <i>clotrimazole 1 % CREAM</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clotrimazole 1 % SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clotrimazole 10 mg TROCHE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| <i>clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 28 días)                                   |
| <i>fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> <sup>MO</sup>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluconazole 150 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION</i> <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>griseofulvin microsize 500 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>itraconazole 100 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>ketoconazole 2 % CREAM</i> <sup>MO</sup>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ketoconazole 2 % SHAMPOO <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| ketoconazole 200 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| klayesta 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nyamyc 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| nystatin 100,000 unit/gram CREAM <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystatin 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystatin 500,000 unit TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| nystop 100,000 unit/gram POWDER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| terbinafine hcl 250 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| terconazole 80 mg SUPPOSITORY <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| voriconazole 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                  | \$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 <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

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

### ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>abiraterone 250 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| <i>abiraterone 500 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL (60 cada 30 días)                               |
| ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET <sup>DL</sup>                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (60 cada 30 días)                               |
| ALECENSA 150 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (240 cada 30 días)                              |
| ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>                        | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (3 cada 28 días)                                |
| ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET <sup>DL</sup>                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (30 cada 30 días)                               |
| ALUNBRIG 30 MG TABLET <sup>DL</sup>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (180 cada 30 días)                              |
| ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (30 cada 30 días)                               |
| <i>anastrozole 1 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION <sup>DL</sup>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION <sup>DL</sup>                       | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION <sup>DL</sup>                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| AUGTYRO 160 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (60 cada 30 días)                               |
| AUGTYRO 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (240 cada 30 días)                              |
| AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET <sup>DL</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (30 cada 30 días)                               |
| <i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> <sup>DL</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| BALVERSA 3 MG TABLET <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| BALVERSA 4 MG TABLET <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| BALVERSA 5 MG TABLET <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>bexarotene 1 % GEL</i> <b>DL</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| <i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| <i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| BICNU 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| BOSULIF 100 MG CAPSULE <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| BOSULIF 100 MG TABLET <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| BOSULIF 50 MG CAPSULE <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| BRAFTOVI 75 MG CAPSULE <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| BRUKINSA 80 MG CAPSULE <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| <i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET <b>DL</b>                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| CALQUENCE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET <b>DL</b>         | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| CAPRELSA 100 MG TABLET <b>DL,LA</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| CAPRELSA 300 MG TABLET <b>DL,LA</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                             | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(112 cada 28 días)                               |
| COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(84 cada 28 días)                                |
| COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| COTELLIC 20 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(63 cada 28 días)                                |
| cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| cytarabine 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 28 días)                               |
| DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| dasatinib 140 mg TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| dasatinib 20 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| DAURISMO 100 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| DAURISMO 25 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| decitabine 50 mg RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(10 cada 21 días)                                |
| EMCYT 140 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ERIVEDGE 150 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| ERLEADA 240 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ERLEADA 60 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| erlotinib 25 mg TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| etoposide 20 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| EULEXIN 125 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>              | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| exemestane 25 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| EXKIVITY 40 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| fludarabine 50 mg RECON SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| FRUZAQLA 1 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(84 cada 28 días)                                |
| FRUZAQLA 5 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                                     | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| GAVRETO 100 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 28 días)                               |
| <i>gefitinib 250 mg TABLET</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET <b>DL,LA</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| GLEOSTINE 100 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>hydroxyurea 500 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ICLUSIG 15 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>idarubicin 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>imatinib 100 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| <i>imatinib 400 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| IMBRUVICA 140 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| IMBRUVICA 420 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| IMBRUVICA 560 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| IMBRUVICA 70 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(4 cada 365 días)                                |
| IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| INLYTA 1 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| INLYTA 5 MG TABLET <b>DL</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| INQOVI 35-100 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(5 cada 28 días)                                 |
| INREBIC 100 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ITOVEBI 3 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| ITOVEBI 9 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| IWILFIN 192 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 42 días)                                |
| JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(42 cada 28 días)                                |
| KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(63 cada 28 días)                                |
| KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(49 cada 28 días)                                |
| KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(70 cada 28 días)                                |
| KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(91 cada 28 días)                                |
| KOSELUGO 10 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| KOSELUGO 25 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| KRAZATI 200 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(6 cada 28 días)                                 |
| KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 28 días)                                 |
| KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(12 cada 28 días)                                |
| lapatinib 250 mg TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| LAZCLUZE 240 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| LAZCLUZE 80 MG TABLET <b>DL</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X 2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE <b>DL</b> | \$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 <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>letrozole 2.5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(7 cada 21 días)                                 |
| LONSURF 15-6.14 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(100 cada 30 días)                               |
| LONSURF 20-8.19 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(80 cada 30 días)                                |
| LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| LORBRENA 100 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| LORBRENA 25 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| LUMAKRAS 120 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| LUMAKRAS 240 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| LUMAKRAS 320 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| LYSODREN 500 MG TABLET <b>DL</b>  | \$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 <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(140 cada 28 días)                               |
| MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| MATULANE 50 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1170 cada 28 días)                              |
| MEKINIST 0.5 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| MEKINIST 2 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| MEKTOVI 15 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| <i>melfalan 2 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>melfalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MESNEX 400 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| MVASI 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION</i> <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NERLYNX 40 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| <i>nilutamide 150 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 28 días)                                 |
| NUBEQA 300 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| ODOMZO 200 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| OGSIVEO 50 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(96 cada 28 días)                                |
| OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(16 cada 28 días)                                |
| OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 28 días)                                |
| OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(24 cada 28 días)                                |
| OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(14 cada 28 días)                                |
| OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(40 cada 28 días)                                |
| OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(48 cada 28 días)                                |
| OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(16 cada 28 días)                                |
| OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(40 cada 28 días)                                |
| ORGOVYX 120 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(32 cada 30 días)                                |
| ORSERDU 345 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ORSERDU 86 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| <i>oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> <b>DL</b>       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PADCEV 20 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| PADCEV 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(15 cada 28 días)                                |
| PANRETIN 0.1 % GEL <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>paraplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pazopanib 200 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| <i>pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 21 días)                               |
| <i>pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b> | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION</i> <b>DL</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET <b>DL</b>                                      | \$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 <b>DL</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| POLIVY 140 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 21 días)                                 |
| POLIVY 30 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(8 cada 21 días)                                 |
| POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(21 cada 28 días)                                |
| PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(100 cada 21 días)                               |
| POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| QINLOCK 50 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| RETEVMO 40 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| RETEVMO 40 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| RETEVMO 80 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| REZLIDHIA 150 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| RIABNI 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| ROZLYTREK 100 MG CAPSULE <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(150 cada 30 días)                               |
| ROZLYTREK 200 MG CAPSULE <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(784 cada 365 días)                              |
| RYDAPT 25 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(224 cada 28 días)                               |
| RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| SCEMBLIX 100 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| SCEMBLIX 20 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| SCEMBLIX 40 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>sorafenib 200 mg TABLET <b>DL</b></i>                                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| SPRYCEL 140 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| SPRYCEL 20 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| STIVARGA 40 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(84 cada 28 días)                                |
| <i>sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE <b>DL</b></i> | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(112 cada 28 días)                               |
| TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(840 cada 28 días)                               |
| TAFINLAR 50 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| TAFINLAR 75 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| TALZENNA 0.25 MG CAPSULE <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| <i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET <b>MO</b></i>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| TAZVERIK 200 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 21 días)                                |
| TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(15 cada 21 días)                                |
| TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(8 cada 28 días)                                 |
| TEPMETKO 225 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 21 días)                                |
| THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| THALOMID 150 MG CAPSULE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>thiotepa 100 mg RECON SOLUTION</i> <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>thiotepa 15 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TIBSOVO 250 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(5 cada 21 días)                                 |
| <i>topotecan 4 mg RECON SOLUTION</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>toremifene 60 mg TABLET</i> <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| <i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE</i> <b>DL</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET <b>DL</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(64 cada 28 días)                                |
| TUKYSA 150 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| TUKYSA 50 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(300 cada 30 días)                               |
| TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>                                       | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| VALCHLOR 0.016 % GEL <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 28 días)                                |
| VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET <b>DL</b>                                  | \$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 <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| VENCLEXTA 10 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| VENCLEXTA 100 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| VENCLEXTA 50 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK <b>DL</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(42 cada 28 días)                                |
| VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>                     | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| vinblastine 1 mg/ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VITRAKVI 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (60 cada 30 días)                               |
| VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (300 cada 30 días)                              |
| VITRAKVI 25 MG CAPSULE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (180 cada 30 días)                              |
| VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (30 cada 30 días)                               |
| VONJO 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| VORANIGO 10 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (60 cada 30 días)                               |
| VORANIGO 40 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (30 cada 30 días)                               |
| VYLOY 100 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| XALKORI 150 MG PELLETT <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (180 cada 30 días)                              |
| XALKORI 20 MG PELLETT <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| XALKORI 50 MG PELLETT <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (240 cada 30 días)                              |
| XOSPATA 40 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (90 cada 30 días)                               |
| XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET <sup>DL</sup> | \$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 <sup>DL</sup>                               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (4 cada 28 días)                                |
| XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (24 cada 28 días)                               |
| XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (32 cada 28 días)                               |
| XTANDI 40 MG CAPSULE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| XTANDI 40 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (120 cada 30 días)                              |
| XTANDI 80 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$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 <sup>DL</sup>                              | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION <sup>DL</sup>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| ZEJULA 100 MG CAPSULE <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL (90 cada 30 días)                               |
| ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| ZELBORAF 240 MG TABLET <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZIIHERA 300 MG RECON SOLUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZOLINZA 100 MG CAPSULE <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| ZYKADIA 150 MG TABLET <b>DL</b>         | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(150 cada 30 días)                               |
| ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(20 cada 28 días)                                |

#### ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

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

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

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

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2.4 cada 56 días)                                  |
| ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(3.2 cada 56 días)                                  |
| ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| <i>aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            | QL(750 cada 30 días)                                  |
| <i>aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(3.9 cada 56 días)                                  |
| ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1.6 cada 28 días)                                  |
| ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2.4 cada 28 días)                                  |
| ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(3.2 cada 28 días)                                  |
| ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2.4 cada 42 días)                                  |
| <i>asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET</i> <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET</i> <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE</i> <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clozapine 100 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(270 cada 30 días)                                  |
| <i>clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(270 cada 30 días)                               |
| <i>clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| <i>clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| <i>clozapine 200 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(135 cada 30 días)                                  |
| <i>clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(135 cada 30 días)                               |
| <i>clozapine 25 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1080 cada 30 días)                                 |
| <i>clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(1080 cada 30 días)                              |
| <i>clozapine 50 mg TABLET</i> <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET <b>DL</b>          | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| <i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR</i> <b>MO</b>                        | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE</i> <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 2)                            | QL(3.5 cada 180 días)                                 |
| INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                                | \$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 <sup>DL</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1.5 cada 28 días)                                  |
| INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE <sup>DL</sup>                                   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |
| INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1.5 cada 28 días)                                  |
| INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(0.88 cada 90 días)                                 |
| INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1.32 cada 90 días)                                 |
| INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1.75 cada 90 días)                                 |
| INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2.63 cada 90 días)                                 |
| <i>loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>lurasidone 80 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET <sup>DL</sup>                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>molindone 10 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(240 cada 30 días)                               |
| <i>molindone 25 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(270 cada 30 días)                               |
| <i>molindone 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| NUPLAZID 10 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| NUPLAZID 34 MG CAPSULE <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <sup>MO</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> <sup>MO</sup>               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <sup>MO</sup>                          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>pimozide 1 mg, 2 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| quetiapine 100 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| quetiapine 150 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| quetiapine 200 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET <b>DL</b>               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2 cada 28 días)                                    |
| RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON <b>DL</b>      | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2 cada 28 días)                                    |
| risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(60 cada 30 días)                                |
| risperidone 0.5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(120 cada 30 días)                               |
| risperidone 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(540 cada 30 días)                               |
| VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE <b>DL</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(2 cada 28 días)                                    |
| ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>DL</b>                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1 cada 28 días)                                    |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

**ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus**

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>abacavir 20 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(960 cada 30 días)                                  |
| <i>abacavir 300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>acyclovir 200 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>acyclovir 5 % OINTMENT</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>adefovir 10 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| APTIVUS 250 MG CAPSULE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>atazanavir 300 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(630 cada 30 días)                                  |
| BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$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 <sup>DL</sup>                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(50 cada 365 días)                                  |
| CIMDUO 300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| COMPLERA 200-25-300 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>darunavir 600 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>darunavir 800 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| DOVATO 50-300 MG TABLET <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| EDURANT 25 MG TABLET <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>efavirenz 200 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>efavirenz 50 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(480 cada 30 días)                                  |
| <i>efavirenz 600 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>efavirenz-emtricitabin-tenofov 600-200-300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>efavirenz-lamivu-tenofov disop 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>emtricitabine 200 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(680 cada 28 días)                                  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>               | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET <b>DL</b>                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| EPTIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| <i>etravirine 100 mg TABLET</i> <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>etravirine 200 mg TABLET</i> <b>DL</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| EVOTAZ 300-150 MG TABLET <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET</i> <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>fosamprenavir 700 mg TABLET</i> <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| FUZEON 90 MG RECON SOLUTION <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| INTELENCE 25 MG TABLET <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET <b>DL</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| ISENTRESS 400 MG TABLET <b>DL</b>                             | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| ISENTRESS HD 600 MG TABLET <b>DL</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| JULUCA 50-25 MG TABLET <b>DL</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>lamivudine 10 mg/ml SOLUTION</i> <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(900 cada 30 días)                                  |
| <i>lamivudine 100 mg TABLET</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(90 cada 30 días)                                   |
| <i>lamivudine 150 mg TABLET</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>lamivudine 300 mg TABLET</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET</i> <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1575 cada 28 días)                                 |
| LIVTENCITY 200 MG TABLET <b>DL</b>                            | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(120 cada 30 días)                               |
| <i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET</i> <b>MO</b>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| <i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET</i> <b>MO</b>         | \$0 (Nivel 1)                            | QL(150 cada 30 días)                                  |
| <i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION</i> <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>maraviroc 150 mg TABLET</i> <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| <i>maraviroc 300 mg TABLET</i> <b>DL</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| <i>nevirapine 200 mg TABLET</i> <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>          | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1200 cada 30 días)                                 |
| NORVIR 100 MG CAPSULE <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| NORVIR 80 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 2)                            | QL(480 cada 30 días)                                  |
| ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET <sup>DL</sup>                           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| oseltamivir 30 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | QL(224 cada 365 días)                                 |
| oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                      | \$0 (Nivel 1)                            | QL(112 cada 365 días)                                 |
| oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <sup>MO</sup>     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1440 cada 365 días)                                |
| PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(40 cada 10 días)                                   |
| PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 10 días)                                   |
| PIFELTRO 100 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| PREVYMIS 240 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| PREVYMIS 480 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | PA  |
| PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET <sup>DL</sup>                        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION <sup>DL</sup>                         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| PREZISTA 150 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| PREZISTA 75 MG TABLET <sup>MO</sup>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(480 cada 30 días)                                  |
| RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 180 días)                                  |
| RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>                            | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| ribavirin 200 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ribavirin 200 mg TABLET <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| rimantadine 100 mg TABLET <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ritonavir 100 mg TABLET <sup>MO</sup>                               | \$0 (Nivel 1)                            | QL(360 cada 30 días)                                  |
| RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. <sup>DL</sup>                      | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>                           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1800 cada 30 días)                                 |
| SELZENTRY 25 MG TABLET <sup>MO</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| SELZENTRY 75 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET <sup>DL</sup>                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| SUNLENCA 300 MG TABLET <sup>DL</sup>                                | \$0 (Nivel 2)                            | QL(10 cada 365 días)                                  |
| SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION <sup>MO</sup>                           | \$0 (Nivel 2)                            | QL(9 cada 365 días)                                   |
| SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET <sup>DL</sup>                      | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                                 | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| TIVICAY 10 MG TABLET <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET <b>DL</b>                  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>DL</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET <b>DL</b>               | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TYBOST 150 MG TABLET <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET <b>MO</b>           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| valganciclovir 450 mg TABLET <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION <b>DL</b>       | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1056 cada 30 días)                                 |
| VEMLIDY 25 MG TABLET <b>DL</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| VIRACEPT 250 MG TABLET <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| VIRACEPT 625 MG TABLET <b>DL</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET <b>DL</b>         | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER <b>DL</b>       | \$0 (Nivel 2)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| VOCABRIA 30 MG TABLET <b>DL</b>                        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| VOSEVI 400-100-100 MG TABLET <b>DL</b>                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(28 cada 28 días)                                |
| zidovudine 10 mg/ml SYRUP <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(1680 cada 28 días)                                 |
| zidovudine 100 mg CAPSULE <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            | QL(180 cada 30 días)                                  |
| zidovudine 300 mg TABLET <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| ZIRGAN 0.15 % GEL <b>MO</b>                            | \$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 <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>               | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| <i>bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE</i> <b>DL</b>             | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| CHEMET 100 MG CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>    | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| CLINOLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>                                     | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| <i>complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK</i> <b>MO</b> | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| deferasirox 180 mg, 360 mg, 90 mg TABLET <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 1)                            | PA  |
| dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| lactated ringers PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levocarnitine 330 mg TABLET <b>MO</b>                            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>          | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET <b>MO</b>               | \$0 (Nivel 2)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION <b>MO</b>            | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE <b>MO</b>             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK <b>MO</b>       | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NUTRILIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| penicillamine 250 mg TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER <b>MO</b> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRENATABS FA 29-1 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ringer's PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SMOFLIPID 20 % EMULSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK <b>MO</b>                                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 0.9 % SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| sodium polystyrene sulfonate POWDER <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION <b>MO</b>                       | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION <b>MO</b>                           | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| trientine 250 mg CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(240 cada 30 días)                                  |
| trientine 500 mg CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| wesnatal dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE <b>MO</b>                           | \$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 01/01/2025.

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

#### PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR.</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | ST,QL(60 cada 30 días)                                |
| BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clopidogrel 300 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>clopidogrel 75 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| ELIQUIS 2.5 MG TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| ELIQUIS 5 MG TABLET <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(74 cada 30 días)                                   |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(74 cada 30 días)                                   |
| <i>enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                        | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(7 cada 30 días)                                 |
| NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(14 cada 30 días)                                |
| NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(11.2 cada 30 días)                              |
| NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION <sup>DL</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(22.4 cada 30 días)                              |
| <i>prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET <sup>DL,LA</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(360 cada 30 días)                               |
| PROMACTA 12.5 MG, 25 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET <sup>DL,LA</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(180 cada 30 días)                               |
| PROMACTA 50 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| PROMACTA 75 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>  | \$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 01/01/2025.



| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(14 cada 30 días)                                |
| RETACRIT 40,000 UNIT/ML SOLUTION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(14 cada 30 días)                                |
| tranexamic acid 650 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 5 días)                                    |
| UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.2 cada 28 días)                               |
| UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.2 cada 28 días)                               |
| UDENYCA ONBODY 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR <b>DL</b>  | \$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 <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| warfarin 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | ST,QL(600 cada 30 días)                               |
| XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(51 cada 30 días)                                   |
| ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(7 cada 30 días)                                 |
| ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$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 |
|--|--|---|
| acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET <b>MO</b>                         | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION <b>DL</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE <b>MO</b>     | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>                     | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| glimepiride 1 mg TABLET <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET <b>MO</b>                                | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>              | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glipizide 10 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glipizide 2.5 mg TABLET <b>MO</b>                                      | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT <b>MO</b>                              | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>                          | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG MIX 50-50 INSULIN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN <b>MO</b>                                    | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULIN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION <b>MO</b>                               | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>                                  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| HUMULIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>                            | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | QL (60 cada 30 días)                                  |
| INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL (60 cada 30 días)                                  |
| JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL (30 cada 30 días)                                  |
| JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE <b>MO</b>                              | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(120 cada 30 días)                                  |
| metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| metformin 850 mg TABLET <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| 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 <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 28 días)                                 |
| OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1.5 cada 28 días)                               |
| pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| pioglitazone 30 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN <b>MO</b>  | \$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 <b>MO</b>                                 | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>                              | \$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 <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>                                   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TRADJENTA 5 MG TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC <b>MO</b>                          | \$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 <b>MO</b>                     | \$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 <b>MO</b>                 | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(2 cada 28 días)                                 |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 2)                            |   |
| ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE <b>MO</b>  | \$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 01/01/2025.

## RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

## TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| <i>acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> <sup>MO</sup>                                     | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET <sup>DL,LA</sup>  | \$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 <sup>MO</sup>        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(12 cada 30 días)                                   |
| <i>albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> <sup>MO</sup> | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> <sup>MO</sup>                             | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| <i>albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(36 cada 30 días)                                   |
| <i>alyq 20 mg TABLET</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET</i> <sup>DL</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| <i>aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION</i> <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION</i> <sup>MO</sup>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD,QL(120 cada 30 días)                             |
| ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE <sup>MO</sup>            | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>   | \$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 <sup>MO</sup>                                    | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 30 días)                                    |
| <i>azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL</i> <sup>MO</sup>  | \$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 <sup>MO</sup>                     | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <sup>MO</sup>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(10.7 cada 30 días)                                 |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(84 cada 28 días)                                |
| cetirizine 1 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 20 días)                                    |
| cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(4 cada 30 días)                                    |
| EASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(1 cada 28 días)                                 |
| flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>   | \$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 <b>MO</b>                        | \$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. <b>MO</b> | \$0 (Nivel 2)                            | QL(1 cada 30 días)                                    |
| fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(16 cada 30 días)                                   |
| hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(45 cada 30 días)                                   |
| ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | BvsD  |
| KALYDECO 150 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| levocetirizine 5 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| montelukast 10 mg TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 28 días)                                 |
| NUCALA 100 MG/ML SYRINGE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(3 cada 28 días)                                 |
| NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(0.4 cada 28 días)                               |
| OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE <b>DL,LA</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| OPSUMIT 10 MG TABLET <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(30 cada 30 días)                                |
| pirfenidone 267 mg CAPSULE <b>DL</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(270 cada 30 días)                               |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| <i>pirfenidone 267 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(270 cada 30 días)                               |
| <i>pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET</i> <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION <b>DL</b>   | \$0 (Nivel 2)                            | BvsD  |
| <i>roflumilast 250 mcg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(28 cada 365 días)                                  |
| <i>roflumilast 500 mcg TABLET</i> <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 1)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| <i>sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(90 cada 30 días)                                |
| SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE <b>MO</b>                                      | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30 cada 30 días)                                   |
| STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 28 días)                                    |
| STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(4 cada 30 días)                                    |
| SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>                        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(30.6 cada 30 días)                                 |
| <i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            | PA,QL(60 cada 30 días)                                |
| <i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR.</i> <b>MO</b>                             | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| <i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR.</i> <b>MO</b>   | \$0 (Nivel 1)                            |   |
| TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE <b>MO</b>                             | \$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 <b>DL</b>             | \$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 <b>DL</b> | \$0 (Nivel 2)                            | PA,QL(56 cada 28 días)                                |
| VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER <b>MO</b>  | \$0 (Nivel 2)                            | QL(36 cada 30 días)                                   |
| <i>wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE</i> <b>MO</b>        | \$0 (Nivel 2)                            | QL(60 cada 30 días)                                   |
| <i>zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET</i> <b>MO</b>   | \$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 01/01/2025.

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

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

**MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D**

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

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



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

#### MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| 3-day vaginal 2 % CREAM  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID                             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION                                | \$0 (Nivel 4)                            | QL (300 cada 30 días)                                 |
| all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| all day pain relief 220 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| all day relief 220 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aller-g-time 25 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET                                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid ext (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid extra-strength 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 mL LIQUID                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET                                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| anti-nausea SOLUTION  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aspirin 325 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| AYR SALINE 0.65 % AEROSOL SPRAY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| b complex-vitamin c-folic acid 400 mcg TABLET ER                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| BABY AYR SALINE 0.65 % DROPS  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| banophen 25 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| calcidol 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET    | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento  | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| cetirizine 1 mg/ml SOLUTION   | \$0 (Nivel 4)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION                     | \$0 (Nivel 4)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION                     | \$0 (Nivel 4)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's allergy relief(lor) 5 mg CHEWABLE TABLET                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION                              | \$0 (Nivel 4)                            | QL(300 cada 30 días)                                  |
| children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| children's saline nasal spray 0.65 % AEROSOL SPRAY                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| clearlax 17 gram POWDER IN PACKET                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| clearlax 17 gram/dose POWDER  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| clotrimazole 1 % CREAM  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| clotrimazole-3 2 % CREAM  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| COLACE 100 MG CAPSULE   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| curae 1.5 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                                       | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| dextrose 40 % GEL  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| dialyvite 800 0.8 mg TABLET                                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| diphenhydramine hcl 25 mg TABLET                             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| diphenhydramine hcl 50 mg CAPSULE                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| docusate calcium 240 mg CAPSULE                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| dok 100 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| driminate 50 mg TABLET                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| econtra one-step 1.5 mg TABLET                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| enema 19-7 gram/118 ml ENEMA                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ENEMEEZ KIDS 100 MG/5 ML ENEMA                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ENEMEEZ PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| famotidine 10 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| fiber-lax 625 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML SOLUTION             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| FOLIKA-BC 1 MG-60 MG- 300 MCG TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| full spectrum b-vitamin c 0.8 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| gavilax 17 gram/dose POWDER  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| glucose gel 40 % GEL   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| glycerin (adult) SUPPOSITORY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| glycerin (child) SUPPOSITORY   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| healthylax 17 gram POWDER IN PACKET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| her style 1.5 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ibuprofen 200 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION                                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| levonorgestrel 1.5 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| loratadine 10 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| m-pap 160 mg/5 ml LIQUID   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION                                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg TABLET | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| meclizine 12.5 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento   | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole nitrate 1,200-2 mg-% KIT                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole nitrate 2 % CREAM                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| miconazole-7 2 % CREAM   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| migraine formula 250-250-65 mg TABLET                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| migraine relief 250-250-65 mg TABLET                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| motion sickness 50 mg TABLET                                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| motion sickness relief 50 mg TABLET                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET                                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| mucinex fast-max chest-congest 100 mg/5 ml LIQUID                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| my choice 1.5 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| my way 1.5 mg TABLET   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL                         | \$0 (Nivel 4)                            | QL(2 cada 30 días)                                    |
| naproxen sodium 220 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL                           | \$0 (Nivel 4)                            | QL(2 cada 30 días)                                    |
| nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nasal spray (sodium chloride) 0.65 % AEROSOL SPRAY                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nausea relief SOLUTION   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nephro vitamins 0.8 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| NEPHRONEX 900 MCG/5 ML LIQUID                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| new day 1.5 mg TABLET  | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                                      | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|---|--|---|
| nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR. | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| NUTRISOURCE FIBER PACKET                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| NUTRISOURCE FIBER POWDER                                    | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| option-2 1.5 mg TABLET                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pinaway 50 mg/ml SUSPENSION                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pink bismuth 525 mg/15 ml SUSPENSION                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| pseudoephedrine hcl 30 mg TABLET                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA                   | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| rena-vite 0.8 mg TABLET                                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| rena-vite rx 1-60-300 mg-mg-mcg TABLET                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| renal vitamin 0.8 mg TABLET                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| reno caps 1 mg CAPSULE                                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| saline mist 0.65 % AEROSOL SPRAY                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY                      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY                            | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senexon-s 8.6-50 mg TABLET                                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

| Nombre del medicamento                               | Lo que le costará el medicamento (nivel) | Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso |
|--|--|---|
| senna 8.6 mg CAPSULE                                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna 8.6 mg TABLET                                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna lax 8.6 mg TABLET                              | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna laxative 8.6 mg TABLET                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP                 | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna plus 8.6-50 mg CAPSULE                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna plus 8.6-50 mg TABLET                          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna-s 8.6-50 mg TABLET                             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| senna-time s 8.6-50 mg TABLET                        | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET          | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SEKOKOT 8.6 MG TABLET                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SEKOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET                       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SEKOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SEKOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET                  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SEKOKOT-S 8.6-50 MG TABLET                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET       | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER                     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION  | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| SORBITOL 70 % SOLUTION                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stomach relief 262 mg TABLET                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener 100 mg TABLET                         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE         | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET             | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE     | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET      | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| sudogest 30 mg TABLET                                | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| suphedrin 30 mg TABLET                               | \$0 (Nivel 4)                            |   |
| tioconazole 6.5 % OINTMENT                           | \$0 (Nivel 4)                            |   |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



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

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

## D. Índice de medicamentos

| A                                    |         |
|--------------------------------------|---------|
| abacavir .....                       | 88      |
| abacavir-lamivudine .....            | 88      |
| ABELCET .....                        | 70      |
| ABILIFY ASIMTUFI .....               | 85      |
| ABILIFY MAINTENA .....               | 85      |
| abiraterone .....                    | 72      |
| ABRYSVO (PF) .....                   | 44      |
| acamprosate .....                    | 26      |
| acarbose .....                       | 97      |
| accutane .....                       | 29      |
| acebutolol .....                     | 18      |
| acetaminophen .....                  | 105     |
| acetaminophen-codeine .....          | 55      |
| acetazolamide .....                  | 18      |
| acetic acid .....                    | 58      |
| acetylcysteine .....                 | 52, 101 |
| acid gone antacid .....              | 105     |
| acid gone antacid e.strength .....   | 105     |
| acid reducer (famotidine) .....      | 105     |
| acitretin .....                      | 29      |
| ACTHIB (PF) .....                    | 44      |
| ACTIMMUNE .....                      | 44      |
| acyclovir .....                      | 88      |
| acyclovir sodium .....               | 88      |
| ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) ..... | 44      |
| ADALIMUMAB-ADAZ .....                | 44      |
| ADALIMUMAB-ADBM .....                | 44      |
| ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS ..... | 44      |
| ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV .....  | 44      |
| adapalene .....                      | 29      |
| ADCETRIS .....                       | 72      |
| adefovir .....                       | 88      |
| ADEMPAS .....                        | 101     |
| ADRIAMYCIN .....                     | 72      |
| ADSTILADRIN .....                    | 52      |
| adult aspirin regimen .....          | 105     |
| adult tussin chest congestion .....  | 105     |
| ADVAIR HFA .....                     | 101     |
| afirmelle .....                      | 34      |
| ak-poly-bac .....                    | 49      |
| AKEEGA .....                         | 72      |
| albendazole .....                    | 84      |
| albuterol sulfate .....              | 101     |
| ALCAINE .....                        | 49      |
| ALCOHOL PADS .....                   | 52      |
| ALCOHOL PREP PADS .....              | 52      |
| ALCOHOL SWABS .....                  | 52      |
| ALCOHOL WIPES .....                  | 52      |
| ALECENSA .....                       | 72      |

|                                      |          |                                      |     |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------------|-----|
| alendronate .....                    | 24       | ambrisentan .....                    | 101 |
| alfuzosin .....                      | 33       | amikacin .....                       | 58  |
| ALIQOPA .....                        | 72       | amiloride .....                      | 18  |
| aliskiren .....                      | 18       | amiloride-hydrochlorothiazide .....  | 18  |
| all day allergy (cetirizine) .....   | 105      | aminophylline .....                  | 101 |
| all day pain relief .....            | 105      | AMINOSYN II 10 % .....               | 92  |
| all day relief .....                 | 105      | AMINOSYN II 7 % .....                | 92  |
| aller-g-time .....                   | 105      | AMINOSYN II 8.5 % .....              | 92  |
| allergy (diphenhydramine) .....      | 105      | AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES ..... | 92  |
| allergy relief (cetirizine) .....    | 105      | AMINOSYN M 3.5 % .....               | 92  |
| allergy relief (loratadine) .....    | 105      | AMINOSYN 10 % .....                  | 91  |
| allergy relief(diphenhydramin) ..... | 105, 106 | AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES ..... | 91  |
| allopurinol .....                    | 16       | AMINOSYN 8.5 % .....                 | 91  |
| almacone-2 .....                     | 106      | AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES .....    | 92  |
| alosetron .....                      | 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       | ammonium lactate .....               | 29  |
| alyacen 1/35 (28) .....              | 34       | amnestem .....                       | 29  |
| alyacen 7/7/7 (28) .....             | 34       | amoxapine .....                      | 67  |
| alyq .....                           | 101      | amoxicillin .....                    | 59  |
| amabelz .....                        | 34       | amoxicillin-pot clavulanate .....    | 59  |
| amantadine hcl .....                 | 17       | amphotericin b .....                 | 70  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                       |     |                                      |     |
|---------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| amphotericin b liposome .....         | 70  | aripiprazole .....                   | 85  |
| ampicillin .....                      | 59  | ARISTADA .....                       | 85  |
| ampicillin sodium .....               | 59  | ARISTADA INITIO .....                | 85  |
| ampicillin-sulbactam .....            | 59  | ARMOUR THYROID .....                 | 42  |
| anagrelide .....                      | 96  | ARNUITY ELLIPTA .....                | 101 |
| anastrozole .....                     | 72  | ARRANON .....                        | 72  |
| ANKTIVA .....                         | 72  | arsenic trioxide .....               | 72  |
| antacid (calcium carbonate) .....     | 106 | asenapine maleate .....              | 85  |
| antacid anti-gas .....                | 106 | ASPARLAS .....                       | 72  |
| antacid extst (mag carb-al hyd) ..... | 106 | aspirin .....                        | 106 |
| antacid ext str (calcium carb) .....  | 106 | aspirin-dipyridamole .....           | 96  |
| antacid extra-strength .....          | 106 | aspirin,buffd-calcium carb-mag ..... | 106 |
| antacid regular strength .....        | 106 | atazanavir .....                     | 88  |
| antacid-antigas .....                 | 106 | atenolol .....                       | 19  |
| anti-diarrheal (loperamide) .....     | 106 | atenolol-chlorthalidone .....        | 19  |
| anti-nausea .....                     | 106 | 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 .....                   | 101 |
| ARCALYST .....                        | 44  | aubra .....                          | 34  |
| AREXVY (PF) .....                     | 44  | aubra eq .....                       | 34  |
| arformoterol .....                    | 101 | AUGTYRO .....                        | 72  |
| ARIKAYCE .....                        | 59  | aurovela fe 1.5/30 (28) .....        | 34  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |         |                                      |        |
|--------------------------------------|---------|--------------------------------------|--------|
| aurovela fe 1-20 (28) .....          | 34      | bacitracin .....                     | 49, 59 |
| aurovela 1.5/30 (21) .....           | 34      | bacitracin-polymyxin b .....         | 49     |
| aurovela 1/20 (21) .....             | 34      | baclofen .....                       | 16     |
| aurovela 24 fe .....                 | 34      | bal-care dha .....                   | 92     |
| AUSTEDO .....                        | 27      | balsalazide .....                    | 25     |
| AUSTEDO XR .....                     | 27      | BALVERSA .....                       | 73     |
| AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4) ..... | 27      | BAND-AID GAUZE PADS .....            | 52     |
| AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE .....    | 52      | banophen .....                       | 106    |
| AUTOPEN 1 TO 21 UNITS .....          | 52      | BARACLUDE .....                      | 88     |
| AUTOPEN 2 TO 42 UNITS .....          | 52      | BAVENCIO .....                       | 73     |
| AUVELITY .....                       | 67      | BCG VACCINE, LIVE (PF) .....         | 44     |
| AUVI-Q .....                         | 101     | BD ALCOHOL SWABS .....               | 52     |
| aviane .....                         | 34      | BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE .....   | 52     |
| AXTLE .....                          | 72      | BD ECLIPSE LUER-LOK .....            | 52     |
| AYR SALINE .....                     | 106     | BD INSULIN SYRINGE .....             | 52     |
| ayuna .....                          | 34      | BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) ..... | 52     |
| AYVAKIT .....                        | 72      | BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE .....  | 52     |
| azacitidine .....                    | 72      | BD INSULIN SYRINGE U-500 .....       | 52     |
| azathioprine .....                   | 44      | BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE .....  | 53     |
| azelastine .....                     | 49, 101 | BD LO-DOSE MICRO-FINE IV .....       | 53     |
| azithromycin .....                   | 59      | BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE .....     | 53     |
| aztreonam .....                      | 59      | BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE ..... | 53     |
| azurette (28) .....                  | 34      | BD SAFETYGLIDE SYRINGE .....         | 53     |
|                                      |         | BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE ..... | 53     |
|                                      |         | BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE .....  | 53     |
|                                      |         | BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE .....  | 53     |
| <b>B</b>                             |         |                                      |        |
| b complex-vitamin c-folic acid ..... | 106     |                                      |        |
| BABY AYR SALINE .....                | 106     |                                      |        |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                |        |                                |         |
|--------------------------------|--------|--------------------------------|---------|
| BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE  | 53     | BIKTARVY                       | 88      |
| BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE | 53     | bisacodyl                      | 106     |
| BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) | 53     | bismuth subsalicylate          | 106     |
| BD VEO INSULIN SYRINGE UF      | 53     | bisoprolol fumarate            | 19      |
| BELEODAQ                       | 73     | bisoprolol-hydrochlorothiazide | 19      |
| BELSOMRA                       | 51     | bleomycin                      | 73      |
| benazepril                     | 19     | blisovi fe 1.5/30 (28)         | 34      |
| benazepril-hydrochlorothiazide | 19     | blisovi fe 1/20 (28)           | 34      |
| bendamustine                   | 73     | blisovi 24 fe                  | 34      |
| BENLYSTA                       | 44, 45 | BOOSTRIX TDAP                  | 45      |
| benztropine                    | 17     | BORDERED GAUZE                 | 53      |
| BESPONSA                       | 73     | BORTEZOMIB                     | 73      |
| BESREMI                        | 45     | BOSULIF                        | 73      |
| betaine                        | 104    | BRAFTOVI                       | 73      |
| betamethasone dipropionate     | 29     | BREO ELLIPTA                   | 101     |
| betamethasone valerate         | 29     | BREZTRI AEROSPHERE             | 101     |
| betamethasone, augmented       | 29     | BRILINTA                       | 96      |
| BETASERON                      | 27     | brimonidine                    | 49      |
| betaxolol                      | 49     | BRIVIACT                       | 64      |
| bethanechol chloride           | 33     | bromocriptine                  | 17      |
| bexarotene                     | 73     | BRUKINSA                       | 73      |
| BEXSERO                        | 45     | budesonide                     | 25, 102 |
| bicalutamide                   | 73     | bumetanide                     | 19      |
| BICILLIN C-R                   | 59     | buprenorphine                  | 55      |
| BICILLIN L-A                   | 59     | buprenorphine hcl              | 26      |
| BICNU                          | 73     | buprenorphine-naloxone         | 26      |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |     |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| bupropion hcl .....                  | 67  | captopril .....                      | 19  |
| bupropion hcl (smoking deter) .....  | 26  | captopril-hydrochlorothiazide .....  | 19  |
| bupirone .....                       | 58  | carbamazepine .....                  | 64  |
| busulfan .....                       | 73  | carbidopa-levodopa .....             | 17  |
| BUSULFEX .....                       | 73  | carbidopa-levodopa-entacapone .....  | 18  |
| butalbital-acetaminophen-caff .....  | 53  | carboplatin .....                    | 73  |
| <b>C</b>                             |     |                                      |     |
| c-nate dha .....                     | 92  | CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD .....     | 53  |
| CABENUVA .....                       | 88  | carglumic acid .....                 | 92  |
| cabergoline .....                    | 42  | carisoprodol .....                   | 101 |
| CABOMETYX .....                      | 73  | carmustine .....                     | 73  |
| cal-gest antacid .....               | 106 | carteolol .....                      | 49  |
| calcidol .....                       | 106 | cartia xt .....                      | 19  |
| calcipotriene .....                  | 29  | carvedilol .....                     | 19  |
| calcitonin (salmon) .....            | 24  | caspofungin .....                    | 70  |
| calcitriol .....                     | 25  | CAYSTON .....                        | 102 |
| calcium antacid .....                | 106 | cefactor .....                       | 59  |
| calcium carbonate .....              | 107 | cefadroxil .....                     | 59  |
| CALQUENCE .....                      | 73  | cefazolin .....                      | 59  |
| CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) .....  | 73  | cefazolin in dextrose (iso-os) ..... | 60  |
| camila .....                         | 34  | cefdinir .....                       | 60  |
| camrese lo .....                     | 35  | cefepime .....                       | 60  |
| candesartan .....                    | 19  | cefixime .....                       | 60  |
| candesartan-hydrochlorothiazid ..... | 19  | cefotetan .....                      | 60  |
| CAPLYTA .....                        | 85  | cefoxitin .....                      | 60  |
| CAPRELSA .....                       | 73  | cefoxitin in dextrose, iso-osm ..... | 60  |
|                                      |     | cefpodoxime .....                    | 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 01/01/2025.

|                                      |          |                                      |        |
|--------------------------------------|----------|--------------------------------------|--------|
| cefprozil .....                      | 60       | chloroquine phosphate .....          | 84     |
| ceftazidime .....                    | 60       | chlorothiazide sodium .....          | 19     |
| ceftazidime in d5w .....             | 60       | chlorpromazine .....                 | 85     |
| ceftriaxone .....                    | 60       | chlorthalidone .....                 | 19     |
| cefuroxime axetil .....              | 60       | chocolate laxative .....             | 107    |
| cefuroxime sodium .....              | 60       | cholestyramine (with sugar) .....    | 19     |
| cephalexin .....                     | 60       | cholestyramine light .....           | 19     |
| cetirizine .....                     | 102, 107 | cholestyramine-aspartame .....       | 19     |
| chateal eq (28) .....                | 35       | 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 .....                         | 88     |
| 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, 60 |
| children's aspirin .....             | 107      | ciprofloxacin in 5 % dextrose .....  | 60     |
| children's cetirizine .....          | 107      | cisplatin .....                      | 73     |
| children's loratadine .....          | 107      | citalopram .....                     | 67     |
| children's mapap .....               | 107      | cladribine .....                     | 73     |
| children's pain reliever .....       | 107      | claravis .....                       | 29     |
| children's pain-fever relief .....   | 107      | clarithromycin .....                 | 60     |
| children's saline nasal spray .....  | 107      | clearlax .....                       | 107    |
| chloramphenicol sod succinate .....  | 60       | clindamycin hcl .....                | 60     |
| chlorhexidine gluconate .....        | 29       | clindamycin in 0.9 % sod chlor ..... | 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 01/01/2025.



|                                      |            |                                    |         |
|--------------------------------------|------------|------------------------------------|---------|
| 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, 107 |
| CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE ..... | 92         | clotrimazole-betamethasone .....   | 70      |
| CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE ..... | 92         | clotrimazole-3 .....               | 107     |
| CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE ..... | 92         | clozapine .....                    | 85      |
| CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE ..... | 92         | COARTEM .....                      | 84      |
| CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE ..... | 92         | COBENFY .....                      | 53      |
| CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE ..... | 92         | COBENFY STARTER PACK .....         | 53      |
| CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE .....  | 92         | COLACE .....                       | 107     |
| CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE ..... | 92         | COLACE CLEAR .....                 | 107     |
| CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) ..... | 92         | COLACE 2-IN-1 .....                | 107     |
| CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE .....  | 92         | colchicine .....                   | 16      |
| CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) ..... | 92         | colestipol .....                   | 20      |
| CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) ..... | 92         | colistin (colistimethate na) ..... | 61      |
| CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) ..... | 92         | COLUMVI .....                      | 74      |
| CLINOLIPID .....                     | 92         | COMBIGAN .....                     | 49      |
| clobazam .....                       | 64         | COMBIPATCH .....                   | 35      |
| clobetasol .....                     | 30         | COMBIVENT RESPIMAT .....           | 102     |
| clobetasol-emollient .....           | 30         | COMETRIQ .....                     | 74      |
| clofarabine .....                    | 73         | COMPLERA .....                     | 88      |
| CLOLAR .....                         | 73         | complete natal dha .....           | 92      |
| clomipramine .....                   | 67         | compro .....                       | 69      |
| clonazepam .....                     | 58         | constulose .....                   | 31      |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                             |         | <b>D</b>                             |  |     |
|-----------------------------|---------|--------------------------------------|--|-----|
| COPAXONE .....              | 27      |                                      |  |     |
| 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 .....                        |  | 71  |
| CREON .....                 | 104     | DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) ..... |  | 45  |
| cromolyn .....              | 49, 102 | daptomycin .....                     |  | 61  |
| cryselle (28) .....         | 35      | daptomycin in 0.9 % sod chlor .....  |  | 61  |
| curae .....                 | 107     | darifenacin .....                    |  | 33  |
| CURITY ALCOHOL SWABS .....  | 53      | darunavir .....                      |  | 88  |
| CURITY GAUZE .....          | 53      | DARZALEX .....                       |  | 74  |
| cyclobenzaprine .....       | 101     | DARZALEX FASPRO .....                |  | 74  |
| cyclophosphamide .....      | 74      | dasatinib .....                      |  | 74  |
| cyclosporine .....          | 45, 49  | dasetta 1/35 (28) .....              |  | 35  |
| cyclosporine modified ..... | 45      | dasetta 7/7/7 (28) .....             |  | 35  |
| CYRAMZA .....               | 74      | daunorubicin .....                   |  | 74  |
| cyred .....                 | 35      | DAURISMO .....                       |  | 74  |
| cyred eq .....              | 35      | deblitane .....                      |  | 35  |
| CYSTAGON .....              | 104     | decitabine .....                     |  | 74  |
| CYSTARAN .....              | 49      | deep sea nasal .....                 |  | 107 |
| cytarabine .....            | 74      | deferasirox .....                    |  | 93  |
| cytarabine (pf) .....       | 74      | DELSTRIGO .....                      |  | 88  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |        |                              |          |
|--------------------------------------|--------|------------------------------|----------|
| DENGVAXIA (PF) .....                 | 45     | dialyvite 800 .....          | 108      |
| DEPO-ESTRADIOL .....                 | 35     | diazepam .....               | 58, 64   |
| DEPO-SUBQ PROVERA 104 .....          | 35     | diazepam intensol .....      | 58       |
| DERMACEA .....                       | 53     | diazoxide .....              | 97       |
| DESCOVY .....                        | 88     | diclofenac potassium .....   | 55       |
| desipramine .....                    | 67     | diclofenac sodium .....      | 50, 55   |
| desmopressin .....                   | 40     | dicloxacillin .....          | 61       |
| desog-e.estradiol/e.estradiol .....  | 35     | dicyclomine .....            | 31       |
| desogestrel-ethinyl estradiol .....  | 35     | didanosine .....             | 88       |
| desvenlafaxine succinate .....       | 67     | DIFICID .....                | 61       |
| dexamethasone .....                  | 41     | digitek .....                | 20       |
| dexamethasone intensol .....         | 41     | digox .....                  | 20       |
| dexamethasone sodium phos (pf) ..... | 41     | digoxin .....                | 20       |
| dexamethasone sodium phosphate ..... | 41, 49 | dihydroergotamine .....      | 17       |
| dexmethylphenidate .....             | 27     | dilt-xr .....                | 20       |
| dexrazoxane hcl .....                | 74     | diltiazem hcl .....          | 20       |
| dextroamphetamine sulfate .....      | 27     | dimethyl fumarate .....      | 27       |
| dextroamphetamine-amphetamine .....  | 27     | diphedryl .....              | 108      |
| dextromethorphan-guaifenesin .....   | 108    | diphenhydramine hcl .....    | 102, 108 |
| dextrose .....                       | 108    | diphenoxylate-atropine ..... | 31       |
| dextrose 10 % and 0.2 % nacl .....   | 93     | disulfiram .....             | 26       |
| dextrose 10 % in water (d10w) .....  | 93     | DIURIL .....                 | 20       |
| dextrose 5 % in water (d5w) .....    | 93     | divalproex .....             | 64       |
| dextrose 5%-0.2 % sod chloride ..... | 93     | docetaxel .....              | 74       |
| dextrose 5%-0.3 % sod.chloride ..... | 93     | docusate calcium .....       | 108      |
| DIACOMIT .....                       | 64     | docusate sodium .....        | 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 01/01/2025.

|                                      |        |                                      |     |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|-----|
| DOCUSOL KIDS .....                   | 108    | drospirenone-ethinyl estradiol ..... | 35  |
| dofetilide .....                     | 20     | DROXIA .....                         | 54  |
| dok .....                            | 108    | DUAVEE .....                         | 35  |
| donepezil .....                      | 15     | duloxetine .....                     | 28  |
| dorzolamide .....                    | 50     | DUPIXENT PEN .....                   | 45  |
| dorzolamide-timolol .....            | 50     | DUPIXENT SYRINGE .....               | 45  |
| dotti .....                          | 35     | dutasteride .....                    | 33  |
| DOVATO .....                         | 88     | 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 .....                    | 74, 75 | d5 %-0.45 % sodium chloride .....    | 93  |
| doxorubicin, peg-liposomal .....     | 75     |                                      |     |
| doxy-100 .....                       | 61     | <b>E</b>                             |     |
| doxycycline hyclate .....            | 61     | EASY COMFORT ALCOHOL PAD .....       | 54  |
| doxycycline monohydrate .....        | 61     | EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS .....   | 54  |
| driminate .....                      | 108    | econtra one-step .....               | 108 |
| DRISDOL .....                        | 104    | ed-apap .....                        | 108 |
| DRIZALMA SPRINKLE .....              | 27     | EDURANT .....                        | 88  |
| dronabinol .....                     | 69     | efavirenz .....                      | 88  |
| DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) ..... | 53     | efavirenz-emtricitabin-tenofov ..... | 88  |
| DROPLET INSULIN SYRINGE .....        | 54     | efavirenz-lamivu-tenofov disop ..... | 88  |
| DROPLET MICRON PEN NEEDLE .....      | 54     | EGRIFTA SV .....                     | 40  |
| DROPLET PEN NEEDLE .....             | 54     | electrolyte-a .....                  | 93  |
| DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS .....     | 54     | electrolyte-148 .....                | 93  |
| DROPSAFE PEN NEEDLE .....            | 54     | electrolyte-48 in d5w .....          | 93  |
|                                      |        | ELELYSO .....                        | 104 |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |     |                                   |          |
|--------------------------------------|-----|-----------------------------------|----------|
| ELIGARD (3 MONTH) .....              | 42  | ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) .....    | 45       |
| elinest .....                        | 35  | ENHERTU .....                     | 75       |
| ELIQUIS .....                        | 96  | enilloring .....                  | 35       |
| ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START ..... | 96  | enoxaparin .....                  | 96       |
| 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 .....                     | 32       |
| EMPLICITI .....                      | 75  | ENVARUSUS XR .....                | 45       |
| EMSAM .....                          | 67  | EPCLUSA .....                     | 89       |
| emtricitabine .....                  | 88  | EPIDIOLEX .....                   | 64       |
| emtricitabine-tenofovir (tdf) .....  | 88  | epinephrine .....                 | 102      |
| EMTRIVA .....                        | 88  | epirubicin .....                  | 75       |
| emzahh .....                         | 35  | epitol .....                      | 64       |
| enalapril maleate .....              | 20  | EPIVIR HBV .....                  | 89       |
| enalapril-hydrochlorothiazide .....  | 20  | EPKINLY .....                     | 75       |
| endocet .....                        | 55  | EPRONTIA .....                    | 64       |
| enema .....                          | 108 | ERBITUX .....                     | 75       |
| enema desposable .....               | 108 | ergocalciferol (vitamin d2) ..... | 104, 108 |
| ENEMEEZ .....                        | 108 | ergotamine-caffeine .....         | 17       |
| ENEMEEZ KIDS .....                   | 108 | eribulin .....                    | 75       |
| ENEMEEZ PLUS .....                   | 108 | ERIVEDGE .....                    | 75       |
| ENGERIX-B (PF) .....                 | 45  | ERLEADA .....                     | 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 01/01/2025.

|                                      |        |                                      |         |
|--------------------------------------|--------|--------------------------------------|---------|
| erlotinib .....                      | 75     | everolimus (immunosuppressive) ..... | 45      |
| errin .....                          | 35     | EVOMELA .....                        | 75      |
| ertapenem .....                      | 61     | EVOTAZ .....                         | 89      |
| ery pads .....                       | 30     | exemestane .....                     | 75      |
| ERYTHROCIN .....                     | 61     | EXKIVITY .....                       | 75      |
| erythromycin .....                   | 50, 61 | EYSUVIS .....                        | 50      |
| erythromycin lactobionate .....      | 61     | ezetimibe .....                      | 20      |
| erythromycin with ethanol .....      | 30     | <b>F</b>                             |         |
| escitalopram oxalate .....           | 67, 68 | falmina (28) .....                   | 36      |
| esomeprazole magnesium .....         | 32     | famciclovir .....                    | 89      |
| estarylla .....                      | 35     | famotidine .....                     | 32, 108 |
| estradiol .....                      | 35     | famotidine (pf) .....                | 32      |
| estradiol valerate .....             | 35     | famotidine (pf)-nacl (iso-os) .....  | 32      |
| estradiol-norethindrone acet .....   | 36     | FANAPT .....                         | 85      |
| eszopiclone .....                    | 51     | FASENRA PEN .....                    | 102     |
| ethambutol .....                     | 71     | febuxostat .....                     | 16      |
| ethosuximide .....                   | 64     | felbamate .....                      | 64      |
| ethynodiol diac-eth estradiol .....  | 36     | felodipine .....                     | 20      |
| etodolac .....                       | 55     | FEMLYV .....                         | 36      |
| etonogestrel-ethinyl estradiol ..... | 36     | femynor .....                        | 36      |
| ETOPOPHOS .....                      | 75     | fenofibrate .....                    | 20      |
| etoposide .....                      | 75     | fenofibrate micronized .....         | 20      |
| etravirine .....                     | 89     | fenofibrate nanocrystallized .....   | 20      |
| EULEXIN .....                        | 75     | fentanyl .....                       | 55      |
| EUTHYROX .....                       | 42     | fentanyl citrate .....               | 55      |
| everolimus (antineoplastic) .....    | 75     | fentanyl citrate (pf) .....          | 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 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |         |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| fesoterodine .....                   | 33  | fludrocortisone .....                | 41      |
| FETZIMA .....                        | 68  | flunisolide .....                    | 102     |
| FEVERALL .....                       | 108 | fluocinolone .....                   | 30      |
| FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN .....  | 97  | fluocinolone acetonide oil .....     | 15      |
| FIASP PENFILL U-100 INSULIN .....    | 97  | fluocinolone and shower cap .....    | 30      |
| FIASP U-100 INSULIN .....            | 97  | fluorometholone .....                | 50      |
| fiber (calcium polycarbophil) .....  | 108 | fluorouracil .....                   | 30, 75  |
| fiber laxative (ca polycarbo) .....  | 108 | fluoxetine .....                     | 68      |
| fiber laxative(methylcellulos) ..... | 108 | fluphenazine decanoate .....         | 85      |
| FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) .....   | 108 | fluphenazine hcl .....               | 85, 86  |
| fiber therapy (m-cellulose) .....    | 108 | flurbiprofen .....                   | 56      |
| fiber-lax .....                      | 108 | flurbiprofen sodium .....            | 50      |
| finasteride .....                    | 33  | fluticasone propion-salmeterol ..... | 102     |
| fingolimod .....                     | 28  | fluticasone propionate .....         | 30, 102 |
| FINTEPLA .....                       | 64  | fluvastatin .....                    | 20      |
| FIRDAPSE .....                       | 28  | fluvoxamine .....                    | 68      |
| FIRMAGON .....                       | 42  | FOLIKA-BC .....                      | 109     |
| FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE ..... | 42  | FOLOTYN .....                        | 75      |
| flecainide .....                     | 20  | FORTEO .....                         | 25      |
| FLEET ENEMA .....                    | 108 | fosamprenavir .....                  | 89      |
| FLEET GLYCERIN LAXATIVE .....        | 108 | fosinopril .....                     | 20      |
| FLEET PEDIATRIC .....                | 108 | fosinopril-hydrochlorothiazide ..... | 20      |
| fluconazole .....                    | 70  | fosphenytoin .....                   | 64      |
| fluconazole in nacl (iso-osm) .....  | 70  | FOTIVDA .....                        | 75      |
| flucytosine .....                    | 70  | FRUZAQLA .....                       | 75      |
| fludarabine .....                    | 75  | full spectrum b-vitamin c .....      | 109     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                              |        |                             |        |
|------------------------------|--------|-----------------------------|--------|
| furosemide                   | 20, 21 | GENVOYA                     | 89     |
| FUZEON                       | 89     | GILOTRIF                    | 76     |
| FYARRO                       | 75     | glatiramer                  | 28     |
| FYCOMPA                      | 64     | glatopa                     | 28     |
| <b>G</b>                     |        |                             |        |
| gabapentin                   | 64, 65 | GLEOSTINE                   | 76     |
| galantamine                  | 15     | glimepiride                 | 97     |
| gallifrey                    | 36     | glipizide                   | 97     |
| GAMUNEX-C                    | 45, 46 | glipizide-metformin         | 98     |
| GARDASIL 9 (PF)              | 46     | glucose gel                 | 109    |
| GAUZE BANDAGE                | 54     | glyburide                   | 98     |
| GAUZE PAD                    | 54     | glyburide micronized        | 98     |
| gavilax                      | 109    | glyburide-metformin         | 98     |
| gavilyte-c                   | 32     | glycerin (adult)            | 109    |
| gavilyte-g                   | 32     | glycerin (child)            | 109    |
| gavilyte-n                   | 32     | glycopyrrolate              | 32     |
| GAVRETO                      | 76     | GLYXAMBI                    | 98     |
| GAZYVA                       | 76     | granisetron hcl             | 69     |
| gefitinib                    | 76     | griseofulvin microsize      | 70     |
| gemcitabine                  | 76     | griseofulvin ultramicrosize | 70     |
| gemfibrozil                  | 21     | guaifenesin                 | 109    |
| generlac                     | 32     | guanfacine                  | 21, 28 |
| <b>H</b>                     |        |                             |        |
| gentak                       | 50     | HAEGARDA                    | 46     |
| gentamicin                   | 50, 61 | hailey                      | 36     |
| gentamicin in nacl (iso-osm) | 61     | hailey fe 1.5/30 (28)       | 36     |
| gentle laxative (bisacodyl)  | 109    | hailey fe 1/20 (28)         | 36     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



|                                      |     |                                      |        |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| hailey 24 fe .....                   | 36  | HUMIRA PEN .....                     | 46     |
| HALAVEN .....                        | 76  | HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START .....  | 46     |
| haloette .....                       | 36  | HUMIRA PEN PSOR-UEVETS-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 .....  | 98     |
| heartburn relief (famotidine) .....  | 109 | HUMULIN N NPH U-100 INSULIN .....    | 98     |
| heather .....                        | 36  | HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN ..... | 98     |
| heparin (porcine) .....              | 96  | HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN .....    | 98     |
| heparin, porcine (pf) .....          | 96  | HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN .....    | 98     |
| 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 .....      | 98  | hydroxychloroquine .....             | 84     |
| HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN ..... | 98  | hydroxyurea .....                    | 76     |
| HUMALOG U-100 INSULIN .....          | 98  | hydroxyzine hcl .....                | 58     |
| HUMATIN .....                        | 62  | hydroxyzine pamoate .....            | 102    |
| HUMIRA .....                         | 46  | HYFTOR .....                         | 30     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

**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 .....       | 109 |
| idarubicin .....                 | 76      | infants' pain and fever .....      | 109 |
| IDHIFA .....                     | 76      | INLYTA .....                       | 76  |
| ifosfamide .....                 | 76      | INQOVI .....                       | 77  |
| ILEVRO .....                     | 50      | INREBIC .....                      | 77  |
| imatinib .....                   | 76      | INSULIN LISPRO .....               | 98  |
| IMBRUVICA .....                  | 76      | INSULIN SYRINGE .....              | 54  |
| IMDELLTRA .....                  | 76      | INSULIN SYRINGE MICROFINE .....    | 54  |
| IMFINZI .....                    | 76      | INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 ..... | 54  |
| imipenem-cilastatin .....        | 62      | INTELENCE .....                    | 89  |
| imipramine hcl .....             | 68      | INTRALIPID .....                   | 93  |
| imipramine pamoate .....         | 68      | INVEGA HAFYERA .....               | 86  |
| imiquimod .....                  | 30      | INVEGA SUSTENNA .....              | 86  |
| IMJUDO .....                     | 76      | INVEGA TRINZA .....                | 86  |
| IMKELDI .....                    | 76      | INVOKAMET .....                    | 98  |
| IMLYGIC .....                    | 76      | INVOKAMET XR .....                 | 98  |
| IMOVAX RABIES VACCINE (PF) ..... | 46      | INVOKANA .....                     | 98  |
| INBRIJA .....                    | 18      | IONOSOL-B IN D5W .....             | 93  |
| incassia .....                   | 36      | IONOSOL-MB IN D5W .....            | 93  |
|                                  |         | IPOL .....                         | 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 01/01/2025.

|                                      |        |                            |     |
|--------------------------------------|--------|----------------------------|-----|
| ipratropium bromide .....            | 102    | jantoven .....             | 96  |
| ipratropium-albuterol .....          | 102    | JANUMET .....              | 98  |
| irbesartan .....                     | 21     | JANUMET XR .....           | 98  |
| irbesartan-hydrochlorothiazide ..... | 21     | JANUVIA .....              | 99  |
| irinotecan .....                     | 77     | JARDIANCE .....            | 99  |
| ISENTRESS .....                      | 89     | jasmiel (28) .....         | 36  |
| ISENTRESS HD .....                   | 89     | JAYPIRCA .....             | 77  |
| isibloom .....                       | 36     | JEMPERLI .....             | 77  |
| ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE .....      | 93     | jencycla .....             | 36  |
| ISOLYTE-S .....                      | 93     | JENTADUETO .....           | 99  |
| isoniazid .....                      | 71, 72 | JENTADUETO XR .....        | 99  |
| isosorbide dinitrate .....           | 21     | JEVTANA .....              | 77  |
| isosorbide mononitrate .....         | 21     | juleber .....              | 36  |
| isosorbide-hydralazine .....         | 21     | JULUCA .....               | 89  |
| isotretinoin .....                   | 30     | junel fe 1.5/30 (28) ..... | 36  |
| ISTODAX .....                        | 77     | junel fe 1/20 (28) .....   | 36  |
| ITOVEBI .....                        | 77     | junel fe 24 .....          | 36  |
| itraconazole .....                   | 70     | junel 1.5/30 (21) .....    | 36  |
| IV PREP WIPES .....                  | 54     | junel 1/20 (21) .....      | 36  |
| ivermectin .....                     | 84     | JYLAMVO .....              | 46  |
| IWILFIN .....                        | 77     | JYNNEOS (PF) .....         | 46  |
| IXCHIQ (PF) .....                    | 46     | <b>K</b>                   |     |
| IXEMPRA .....                        | 77     | KABIVEN .....              | 93  |
| IXIARO (PF) .....                    | 46     | KADCYLA .....              | 77  |
| <b>J</b>                             |        | kalliga .....              | 36  |
| JAKAFI .....                         | 77     | KALYDECO .....             | 102 |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |          |                                     |        |
|--------------------------------------|----------|-------------------------------------|--------|
| KANJINTI .....                       | 77       | labetalol .....                     | 21     |
| kariva (28) .....                    | 36       | lacosamide .....                    | 65     |
| kelnor 1/35 (28) .....               | 36       | lactated ringers .....              | 54, 93 |
| kelnor 1/50 (28) .....               | 36       | lactulose .....                     | 32     |
| KERENDIA .....                       | 21       | lamivudine .....                    | 89     |
| KESIMPTA PEN .....                   | 28       | lamivudine-zidovudine .....         | 89     |
| ketoconazole .....                   | 70, 71   | lamotrigine .....                   | 65     |
| ketorolac .....                      | 50, 56   | LAMPIT .....                        | 84     |
| KEYTRUDA .....                       | 77       | lanreotide .....                    | 42, 43 |
| KIMMTRAK .....                       | 77       | lansoprazole .....                  | 32     |
| KINRIX (PF) .....                    | 46       | LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN ..... | 99     |
| kionex (with sorbitol) .....         | 93       | LANTUS U-100 INSULIN .....          | 99     |
| KISQALI .....                        | 77       | lapatinib .....                     | 77     |
| KISQALI FEMARA CO-PACK .....         | 77       | larin fe 1.5/30 (28) .....          | 37     |
| klayesta .....                       | 71       | larin fe 1/20 (28) .....            | 37     |
| klor-con m10 .....                   | 93       | larin 1.5/30 (21) .....             | 36     |
| KLOR-CON M15 .....                   | 93       | larin 1/20 (21) .....               | 36     |
| klor-con m20 .....                   | 93       | larin 24 fe .....                   | 36     |
| KLOR-CON 10 .....                    | 93       | latanoprost .....                   | 50     |
| KLOR-CON 8 .....                     | 93       | laxative (bisacodyl) .....          | 109    |
| KOSELUGO .....                       | 77       | laxative (sennosides) .....         | 109    |
| KRAZATI .....                        | 77       | LAZCLUZE .....                      | 77     |
| kurvelo (28) .....                   | 36       | leena 28 .....                      | 37     |
| KYPROLIS .....                       | 77       | leflunomide .....                   | 46     |
|                                      | <b>L</b> | lenalidomide .....                  | 78     |
| l norgest/e.estradiol-e.estrad ..... | 36       | LENVIMA .....                       | 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 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |         |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| lessina .....                        | 37  | lidocaine hcl .....                  | 57      |
| letrozole .....                      | 78  | lidocaine viscous .....              | 57      |
| leucovorin calcium .....             | 78  | lidocaine-prilocaine .....           | 57      |
| 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 .....                  | 93  | liothyronine .....                   | 42      |
| levocarnitine (with sugar) .....     | 93  | lisinopril .....                     | 21      |
| levocetirizine .....                 | 102 | lisinopril-hydrochlorothiazide ..... | 21      |
| levofloxacin .....                   | 62  | lithium carbonate .....              | 51      |
| levofloxacin in d5w .....            | 62  | lithium citrate .....                | 51      |
| levoleucovorin calcium .....         | 78  | LIVTENCITY .....                     | 89      |
| levonest (28) .....                  | 37  | lo-zumandimine (28) .....            | 37      |
| levonorg-eth estrad triphasic .....  | 37  | LOCOID LIPOCREAM .....               | 30      |
| levonorgestrel .....                 | 109 | 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 .....                         | 89  | LOKELMA .....                        | 93      |
| LIBERVANT .....                      | 65  | LONSURF .....                        | 78      |
| LIBTAYO .....                        | 78  | loperamide .....                     | 32, 109 |
| lidocaine .....                      | 57  | lopinavir-ritonavir .....            | 89      |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                    |     |                                     |          |
|------------------------------------|-----|-------------------------------------|----------|
| LOQTORZI .....                     | 78  | LYNPARZA .....                      | 78       |
| loratadine .....                   | 109 | LYSODREN .....                      | 78       |
| lorazepam .....                    | 58  | LYTGOBI .....                       | 78       |
| lorazepam intensol .....           | 58  | LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN ..... | 99       |
| LORBRENA .....                     | 78  | LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN ..... | 99       |
| loryna (28) .....                  | 37  | LYUMJEV U-100 INSULIN .....         | 99       |
| losartan .....                     | 21  | lyza .....                          | 37       |
| losartan-hydrochlorothiazide ..... | 21  |                                     |          |
| lovastatin .....                   | 21  | <b>M</b>                            |          |
| low-ogestrel (28) .....            | 37  | m-dryl .....                        | 109      |
| loxapine succinate .....           | 86  | M-M-R II (PF) .....                 | 47       |
| lubiprostone .....                 | 32  | m-natal plus .....                  | 93       |
| LUMAKRAS .....                     | 78  | m-pap .....                         | 109      |
| LUMIGAN .....                      | 50  | mag-al plus .....                   | 109      |
| LUNSUMIO .....                     | 78  | mag-al plus extra strength .....    | 109      |
| LUPRON DEPOT .....                 | 43  | magnesium hydroxide .....           | 109      |
| LUPRON DEPOT (3 MONTH) .....       | 43  | magnesium oxide .....               | 109      |
| LUPRON DEPOT (4 MONTH) .....       | 43  | magnesium sulfate .....             | 93       |
| LUPRON DEPOT (6 MONTH) .....       | 43  | magnesium sulfate in d5w .....      | 93       |
| LUPRON DEPOT-PED .....             | 43  | malathion .....                     | 30       |
| LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) .....   | 43  | maraviroc .....                     | 89       |
| lurasidone .....                   | 86  | MARGENZA .....                      | 78       |
| lutera (28) .....                  | 37  | marlissa (28) .....                 | 37       |
| LYBALVI .....                      | 86  | MARPLAN .....                       | 68       |
| lyleq .....                        | 37  | MATULANE .....                      | 78       |
| lyllana .....                      | 37  | meclizine .....                     | 69, 109, |
|                                    |     |                                     | 110      |
|                                    |     | medroxyprogesterone .....           | 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 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |         |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|---------|
| mefloquine .....                     | 84  | methyldopa .....                     | 21      |
| megestrol .....                      | 37  | methyldopa-hydrochlorothiazide ..... | 21      |
| MEKINIST .....                       | 78  | methylphenidate hcl .....            | 28      |
| MEKTOVI .....                        | 78  | methylprednisolone .....             | 41      |
| meloxicam .....                      | 56  | methylprednisolone acetate .....     | 41      |
| melphalan .....                      | 78  | methylprednisolone sodium succ ..... | 41      |
| melphalan hcl .....                  | 78  | metoclopramide hcl .....             | 69      |
| memantine .....                      | 15  | metolazone .....                     | 21      |
| MENACTRA (PF) .....                  | 47  | metoprolol succinate .....           | 21      |
| MENEST .....                         | 37  | metoprolol ta-hydrochlorothiaz ..... | 22      |
| MENQUADFI (PF) .....                 | 47  | metoprolol tartrate .....            | 22      |
| MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) .....    | 47  | metronidazole .....                  | 62      |
| mercaptopurine .....                 | 79  | metronidazole in nacl (iso-os) ..... | 62      |
| meropenem .....                      | 62  | metyrosine .....                     | 22      |
| meropenem-0.9% sodium chloride ..... | 62  | MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL ..... | 71      |
| mesalamine .....                     | 26  | miconazole nitrate .....             | 110     |
| MESNEX .....                         | 79  | miconazole-3 .....                   | 71, 110 |
| metformin .....                      | 99  | miconazole-7 .....                   | 110     |
| methadone .....                      | 56  | microgestin fe 1.5/30 (28) .....     | 38      |
| methazolamide .....                  | 50  | microgestin fe 1/20 (28) .....       | 38      |
| methenamine hippurate .....          | 62  | microgestin 1.5/30 (21) .....        | 37      |
| methimazole .....                    | 44  | microgestin 1/20 (21) .....          | 37      |
| methocarbamol .....                  | 101 | microgestin 24 fe .....              | 38      |
| methotrexate sodium .....            | 47  | midodrine .....                      | 22      |
| methotrexate sodium (pf) .....       | 47  | mifepristone .....                   | 54      |
| methsuximide .....                   | 65  | migraine formula .....               | 110     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |        |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| migraine relief .....                | 110 | motion-time .....                    | 110    |
| mili .....                           | 38  | MOUNJARO .....                       | 99     |
| milk of magnesia .....               | 110 | MOVANTIK .....                       | 32     |
| milk of magnesia concentrated .....  | 110 | moxifloxacin .....                   | 50, 62 |
| minocycline .....                    | 62  | moxifloxacin-sod.chloride(iso) ..... | 62     |
| minoxidil .....                      | 22  | MRESVIA (PF) .....                   | 47     |
| mintox maximum strength .....        | 110 | mucinex fast-max chest-congest ..... | 110    |
| mintox plus .....                    | 110 | MULTAQ .....                         | 22     |
| MIRENA .....                         | 54  | mupirocin .....                      | 31     |
| mirtazapine .....                    | 68  | MUTAMYCIN .....                      | 79     |
| misoprostol .....                    | 32  | MVASI .....                          | 79     |
| mitomycin .....                      | 79  | my choice .....                      | 110    |
| mitoxantrone .....                   | 79  | my way .....                         | 110    |
| modafinil .....                      | 51  | mycophenolate mofetil .....          | 47     |
| moexipril .....                      | 22  | mycophenolate mofetil (hcl) .....    | 47     |
| molindone .....                      | 86  | mycophenolate sodium .....           | 47     |
| mometasone .....                     | 31  | MYLOTARG .....                       | 79     |
| mondoxyne nl .....                   | 62  | myorisan .....                       | 31     |
| mono-linyah .....                    | 38  | MYRBETRIQ .....                      | 33     |
| montelukast .....                    | 102 |                                      |        |
| morphine .....                       | 56  |                                      |        |
| morphine concentrate .....           | 56  |                                      |        |
| motion sickness .....                | 110 |                                      |        |
| motion sickness (meclizine) .....    | 110 |                                      |        |
| motion sickness relief .....         | 110 |                                      |        |
| motion sickness relief(mecliz) ..... | 110 |                                      |        |

**N**

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| nabumetone .....                    | 57      |
| nafcillin .....                     | 62      |
| nafcillin in dextrose iso-osm ..... | 62      |
| naloxone .....                      | 26, 110 |
| naltrexone .....                    | 26      |
| NAMZARIC .....                      | 15      |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



|                                      |         |                                      |        |
|--------------------------------------|---------|--------------------------------------|--------|
| naproxen .....                       | 57      | NEPHRO-VITE .....                    | 110    |
| naproxen sodium .....                | 57, 110 | NEPHRONEX .....                      | 110    |
| naratriptan .....                    | 17      | NERLYNX.....                         | 79     |
| NARCAN .....                         | 110     | nevirapine .....                     | 89, 90 |
| nasal decongestant (pseudoeph) ..... | 110     | new day .....                        | 110    |
| nasal moisturizing .....             | 110     | NEXPLANON .....                      | 38     |
| nasal spray (sodium chloride) .....  | 110     | niacin .....                         | 22     |
| nateglinide .....                    | 99      | niacor .....                         | 22     |
| NATPARA .....                        | 25      | nicotine .....                       | 111    |
| nausea relief .....                  | 110     | 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 .....                       | 62      | nitazoxanide .....                   | 84     |
| neomycin-bacitracin-poly-hc .....    | 50      | nitisinone .....                     | 104    |
| neomycin-bacitracin-polymyxin .....  | 50      | nitrofurantoin macrocrystal .....    | 62     |
| neomycin-polymyxin b-dexameth .....  | 50      | nitrofurantoin monohyd/m-cryst ..... | 62     |
| neomycin-polymyxin-gramicidin .....  | 50      | nitroglycerin .....                  | 22, 54 |
| neomycin-polymyxin-hc .....          | 15, 50  | NITROSTAT .....                      | 22     |
| NEONATAL COMPLETE .....              | 94      | NIVESTYM .....                       | 96     |
| NEONATAL PLUS VITAMIN .....          | 94      | nizatidine .....                     | 32     |
| NEONATAL-DHA .....                   | 94      | NORA-BE .....                        | 38     |
| nephro vitamins .....                | 110     | norelgestromin-ethin.estradiol ..... | 38     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |    |                                      |            |
|--------------------------------------|----|--------------------------------------|------------|
| noreth-ethinyl estradiol-iron .....  | 38 | NUCALA .....                         | 102        |
| norethindrone (contraceptive) .....  | 38 | NUEDEXTA .....                       | 28         |
| norethindrone ac-eth estradiol ..... | 38 | NUPLAZID .....                       | 86         |
| 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 .....              | 99 | <b>0</b>                             |            |
| NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN .....    | 99 | ocella .....                         | 38         |
| NOVOLIN R FLEXPEN .....              | 99 | octreotide acetate .....             | 43         |
| NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN ..... | 99 | octreotide,microspheres .....        | 43         |
| NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 .....    | 99 | ODEFSEY .....                        | 90         |
| NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN .....    | 99 | ODOMZO .....                         | 79         |
| NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN .....  | 99 | OFEV .....                           | 102        |
| NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN ..... | 99 | ofloxacin .....                      | 15, 50, 62 |
| NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 ..... | 99 | OGSIVEO .....                        | 79         |
| NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN .....  | 99 | OJEMDA .....                         | 79         |
| NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART .....   | 99 | OJJAARA .....                        | 79         |
| NOVOPEN ECHO .....                   | 54 | olanzapine .....                     | 86         |
| NUBEQA .....                         | 79 | olmesartan .....                     | 22         |
|                                      |    | olmesartan-hydrochlorothiazide ..... | 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 01/01/2025.

|                                 |     |                                      |     |
|---------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| olopatadine .....               | 50  | oxycodone-acetaminophen .....        | 57  |
| omega-3 acid ethyl esters ..... | 22  | OZEMPIC .....                        | 100 |
| omeprazole .....                | 32  | <b>P</b>                             |     |
| OMNITROPE .....                 | 40  | PACERONE .....                       | 22  |
| ONCASPAR .....                  | 79  | paclitaxel .....                     | 79  |
| ondansetron .....               | 69  | paclitaxel protein-bound .....       | 80  |
| ondansetron hcl .....           | 69  | PADCEV .....                         | 80  |
| ondansetron hcl (pf) .....      | 69  | pain relief (acetaminophen) .....    | 111 |
| ONIVYDE .....                   | 79  | pain relief es (acetaminophen) ..... | 111 |
| ONUREG .....                    | 79  | pain reliever (acetaminophen) .....  | 111 |
| OPDIVO .....                    | 79  | pain reliever es(acetaminophn) ..... | 111 |
| OPDUALAG .....                  | 79  | pain reliever plus .....             | 111 |
| OPSUMIT .....                   | 102 | paliperidone .....                   | 86  |
| OPSYNVI .....                   | 102 | pamidronate .....                    | 25  |
| option-2 .....                  | 111 | PANRETIN .....                       | 80  |
| OPVEE .....                     | 26  | pantoprazole .....                   | 32  |
| ORACIT .....                    | 104 | pantoprazole in 0.9% sod chlor ..... | 32  |
| ORGOVYX .....                   | 79  | paraplatin .....                     | 80  |
| ORSERDU .....                   | 79  | paricalcitol .....                   | 25  |
| oseltamivir .....               | 90  | paromomycin .....                    | 62  |
| OSPHENA .....                   | 38  | paroxetine hcl .....                 | 68  |
| oxaliplatin .....               | 79  | PAXLOVID .....                       | 90  |
| oxandrolone .....               | 38  | pazopanib .....                      | 80  |
| oxcarbazepine .....             | 65  | PEDIA-LAX .....                      | 111 |
| oxybutynin chloride .....       | 33  | pedia-lax stool softener .....       | 111 |
| oxycodone .....                 | 57  | PEDIARIX (PF) .....                  | 47  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                  |    |                                 |          |
|----------------------------------|----|---------------------------------|----------|
| PEDVAX HIB (PF) .....            | 47 | phenelzine .....                | 68       |
| peg 3350-electrolytes .....      | 32 | phenobarbital .....             | 65       |
| peg-electrolyte soln .....       | 32 | PHENYTEK .....                  | 65       |
| PEGASYS .....                    | 47 | phenytoin .....                 | 65       |
| PEMAZYRE .....                   | 80 | phenytoin sodium .....          | 65       |
| pemetrexed .....                 | 80 | phenytoin sodium extended ..... | 65       |
| pemetrexed disodium .....        | 80 | phytonadione (vitamin k1) ..... | 104      |
| PEMRYDI RTU .....                | 80 | PIFELTRO .....                  | 90       |
| PEN NEEDLE, DIABETIC .....       | 54 | pilocarpine hcl .....           | 29, 50   |
| PENBRAYA (PF) .....              | 47 | pimecrolimus .....              | 31       |
| penicillamine .....              | 94 | pimozide .....                  | 86       |
| penicillin g potassium .....     | 63 | pimtrex (28) .....              | 38       |
| penicillin g procaine .....      | 63 | pinaway .....                   | 111      |
| penicillin g sodium .....        | 63 | pink bismuth .....              | 111      |
| penicillin v potassium .....     | 63 | pinworm treatment .....         | 111      |
| PENTACEL (PF) .....              | 47 | pioglitazone .....              | 100      |
| pentamidine .....                | 84 | piperacillin-tazobactam .....   | 63       |
| pentoxifylline .....             | 22 | PIQRAY .....                    | 80       |
| PERIKABIVEN .....                | 94 | pirfenidone .....               | 102, 103 |
| perindopril erbumine .....       | 22 | piroxicam .....                 | 57       |
| periogard .....                  | 29 | PLASMA-LYTE A .....             | 94       |
| PERJETA .....                    | 80 | PLASMA-LYTE 148 .....           | 94       |
| permethrin .....                 | 31 | podofilox .....                 | 31       |
| perphenazine .....               | 86 | POLIVY .....                    | 80       |
| perphenazine-amitriptyline ..... | 68 | polycin .....                   | 50       |
| pfizerpen-g .....                | 63 | polyethylene glycol 3350 .....  | 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 01/01/2025.

|                                      |    |                                     |        |
|--------------------------------------|----|-------------------------------------|--------|
| polymyxin b sulf-trimethoprim .....  | 50 | praziquantel .....                  | 84     |
| polymyxin b sulfate .....            | 63 | prazosin .....                      | 23     |
| POMALYST .....                       | 80 | prednisolone .....                  | 41     |
| portia 28 .....                      | 38 | prednisolone acetate .....          | 50     |
| PORTRAZZA .....                      | 80 | prednisolone sodium phosphate ..... | 41, 50 |
| posaconazole .....                   | 71 | prednisone .....                    | 41     |
| potassium chlorid-d5-0.45%nacl ..... | 94 | prednisone intensol .....           | 41     |
| potassium chloride .....             | 94 | pregabalin .....                    | 28     |
| potassium chloride in lr-d5 .....    | 94 | PREHEVBRIO (PF) .....               | 47     |
| potassium chloride in water .....    | 94 | PREMARIN .....                      | 39     |
| potassium chloride in 0.9%nacl ..... | 94 | PREMASOL 10 % .....                 | 95     |
| potassium chloride in 5 % dex .....  | 94 | PRENATA .....                       | 95     |
| potassium chloride-d5-0.2%nacl ..... | 94 | PRENATABS FA .....                  | 95     |
| potassium chloride-d5-0.3%nacl ..... | 94 | prenatal plus (calcium carb) .....  | 95     |
| potassium chloride-d5-0.9%nacl ..... | 94 | prenatal plus vitamin-mineral ..... | 95     |
| potassium chloride-0.45 % nacl ..... | 94 | PRENATE ELITE .....                 | 95     |
| potassium citrate .....              | 95 | prevalite .....                     | 23     |
| POTELIGEO .....                      | 80 | PREVYMIS .....                      | 90     |
| pr natal 400 .....                   | 95 | PREZCOBIX .....                     | 90     |
| pr natal 400 ec .....                | 95 | PREZISTA .....                      | 90     |
| pr natal 430 .....                   | 95 | PRIFTIN .....                       | 72     |
| pr natal 430 ec .....                | 95 | primaquine .....                    | 84     |
| pralatrexate .....                   | 80 | primidone .....                     | 65     |
| pramipexole .....                    | 18 | PRIMSOL .....                       | 63     |
| prasugrel .....                      | 96 | PRIORIX (PF) .....                  | 47     |
| pravastatin .....                    | 23 | PRO COMFORT ALCOHOL PADS .....      | 54     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |        |                                     |     |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| probenecid .....                     | 16     | PURIXAN .....                       | 80  |
| probenecid-colchicine .....          | 16     | pyrazinamide .....                  | 72  |
| procainamide .....                   | 23     | pyridostigmine bromide .....        | 16  |
| prochlorperazine .....               | 69     | pyridoxine (vitamin b6) .....       | 104 |
| prochlorperazine edisylate .....     | 69     | pyrimethamine .....                 | 84  |
| prochlorperazine maleate .....       | 69     |                                     |     |
| procto-med hc .....                  | 31     | <b>Q</b>                            |     |
| proctosol hc .....                   | 31     | QINLOCK .....                       | 80  |
| proctozone-hc .....                  | 31     | QUADRACEL (PF) .....                | 47  |
| progesterone .....                   | 39     | quetiapine .....                    | 87  |
| progesterone micronized .....        | 39     | quinapril .....                     | 23  |
| PROGRAF .....                        | 47     | quinapril-hydrochlorothiazide ..... | 23  |
| PROLIA .....                         | 25     | quinidine sulfate .....             | 23  |
| PROMACTA .....                       | 96     | quinine sulfate .....               | 84  |
| promethazine .....                   | 69, 70 | QULIPTA .....                       | 17  |
| promethazine-codeine .....           | 104    |                                     |     |
| propafenone .....                    | 23     | <b>R</b>                            |     |
| proparacaine .....                   | 50     | RABAVERT (PF) .....                 | 47  |
| propranolol .....                    | 23     | RADICAVA ORS .....                  | 28  |
| propranolol-hydrochlorothiazid ..... | 23     | RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP ..... | 28  |
| propylthiouracil .....               | 44     | raloxifene .....                    | 39  |
| PROQUAD (PF) .....                   | 47     | ramipril .....                      | 23  |
| protriptyline .....                  | 68     | ranolazine .....                    | 23  |
| pseudoephedrine hcl .....            | 111    | rasagiline .....                    | 18  |
| PULMOZYME .....                      | 103    | ready-to-use enema .....            | 111 |
| PURE COMFORT ALCOHOL PADS .....      | 54     | reclipsen (28) .....                | 39  |
|                                      |        | RECOMBIVAX HB (PF) .....            | 47  |
|                                      |        | reese's pinworm medicine .....      | 111 |
|                                      |        | RELENZA DISKHALER .....             | 90  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                          |        |                             |     |
|--------------------------|--------|-----------------------------|-----|
| rena-vite .....          | 111    | RISPERDAL CONSTA .....      | 87  |
| rena-vite rx .....       | 111    | risperidone .....           | 87  |
| renal vitamin .....      | 111    | ritonavir .....             | 90  |
| reno caps .....          | 111    | rivastigmine tartrate ..... | 15  |
| repaglinide .....        | 100    | rizatriptan .....           | 17  |
| REPATHA PUSHTRONEX ..... | 23     | ROCKLATAN .....             | 51  |
| REPATHA SURECLICK .....  | 23     | roflumilast .....           | 103 |
| REPATHA SYRINGE .....    | 23     | romidepsin .....            | 80  |
| RETACRIT .....           | 97     | ropinirole .....            | 18  |
| RETEVMO .....            | 80     | rosuvastatin .....          | 23  |
| RETROVIR .....           | 90     | ROTARIX .....               | 48  |
| REVUFORJ .....           | 80     | ROTATEQ VACCINE .....       | 48  |
| REXULTI .....            | 87     | roweepra .....              | 66  |
| REYATAZ .....            | 90     | roweepra xr .....           | 66  |
| REZLIDHIA .....          | 80     | ROZLYTREK .....             | 81  |
| RHOPRESSA .....          | 51     | RUBRACA .....               | 81  |
| RIABNI .....             | 80     | rufinamide .....            | 66  |
| ribavirin .....          | 90     | RUKOBIA .....               | 90  |
| rifabutin .....          | 72     | RUXIENCE .....              | 81  |
| rifampin .....           | 72     | RYBELSUS .....              | 100 |
| riluzole .....           | 28     | RYBREVANT .....             | 81  |
| rimantadine .....        | 90     | RYDAPT .....                | 81  |
| ringer's .....           | 54, 95 | RYLAZE .....                | 81  |
| RINVOQ .....             | 47, 48 | RYTELO .....                | 81  |
| RINVOQ LQ .....          | 48     |                             |     |
| risedronate .....        | 25     |                             |     |

**S**

|               |    |
|---------------|----|
| sajazir ..... | 48 |
|---------------|----|

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                  |          |                                      |          |
|----------------------------------|----------|--------------------------------------|----------|
| saline mist .....                | 111      | SENOKOT .....                        | 112      |
| saline nasal .....               | 111      | SENOKOT EXTRA STRENGTH .....         | 112      |
| saline nasal mist .....          | 111      | SENOKOT KIDS .....                   | 112      |
| saline nose .....                | 111      | SENOKOT-S .....                      | 112      |
| SANDIMMUNE .....                 | 48       | sertraline .....                     | 68       |
| 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 .....                      | 51       |
| SECUADO .....                    | 87       | simliya (28) .....                   | 39       |
| selegiline hcl .....             | 18       | simvastatin .....                    | 23       |
| SELZENTRY .....                  | 90       | sirolimus .....                      | 48       |
| senexon-s .....                  | 111      | SIRTURO .....                        | 72       |
| senna .....                      | 111, 112 | SKYRIZI .....                        | 48       |
| senna lax .....                  | 112      | SMOFLIPID .....                      | 95       |
| senna laxative .....             | 112      | smooth antacid .....                 | 112      |
| senna leaf extract .....         | 112      | sodium bicarbonate .....             | 95, 112  |
| senna plus .....                 | 112      | SODIUM BICARBONATE (BULK) .....      | 104, 112 |
| senna-s .....                    | 112      | sodium chloride .....                | 54, 95   |
| senna-time s .....               | 112      | sodium chloride 0.45 % .....         | 95       |
| sennosides .....                 | 112      | sodium chloride 0.9 % .....          | 95       |
| sennosides-docusate sodium ..... | 112      | sodium chloride 3 % hypertonic ..... | 95       |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.



|                                      |     |                                      |        |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| sodium chloride 5 % hypertonic ..... | 95  | SSD .....                            | 31     |
| sodium citrate-citric acid .....     | 112 | stavudine .....                      | 90     |
| sodium oxybate .....                 | 52  | STELARA .....                        | 48     |
| sodium phenylbutyrate .....          | 104 | stimulant laxative plus .....        | 112    |
| sodium polystyrene sulfonate .....   | 95  | STIOLTO RESPIMAT .....               | 103    |
| sodium,potassium,mag sulfates .....  | 33  | STIVARGA .....                       | 81     |
| solifenacin .....                    | 34  | stomach relief .....                 | 112    |
| SOLQUA 100/33 .....                  | 100 | stool softener .....                 | 112    |
| SOLTAMOX .....                       | 81  | stool softener (docusate cal) .....  | 112    |
| SOLU-MEDROL .....                    | 41  | stool softener-laxative .....        | 112    |
| SOLU-MEDROL (PF) .....               | 41  | stool softener-stimulant laxat ..... | 112    |
| SOMAVERT .....                       | 43  | STRENSIQ .....                       | 104    |
| sorafenib .....                      | 81  | streptomycin .....                   | 63     |
| SORBITOL .....                       | 112 | STRIBILD .....                       | 90     |
| sorine .....                         | 23  | STRIVERDI RESPIMAT .....             | 103    |
| 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 .....                     | 33     |
| spironolactone .....                 | 23  | sudogest .....                       | 112    |
| sprintec (28) .....                  | 39  | SUFLAVE .....                        | 33     |
| SPRITAM .....                        | 66  | sulfacetamide sodium .....           | 51, 63 |
| SPRYCEL .....                        | 81  | sulfacetamide-prednisolone .....     | 51     |
| SPS (WITH SORBITOL) .....            | 95  | sulfadiazine .....                   | 63     |
| sronyx .....                         | 39  | sulfamethoxazole-trimethoprim .....  | 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 01/01/2025.

|                                      |        |                                     |    |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|----|
| sulfasalazine .....                  | 26     | TALVEY .....                        | 81 |
| sulindac .....                       | 57     | TALZENNA .....                      | 81 |
| sumatriptan .....                    | 17     | tamoxifen .....                     | 81 |
| sumatriptan succinate .....          | 17     | tamsulosin .....                    | 34 |
| sunitinib malate .....               | 81     | tarina fe 1-20 eq (28) .....        | 39 |
| SUNLENCA .....                       | 90     | tarina fe 1/20 (28) .....           | 39 |
| suphedrin .....                      | 112    | tarina 24 fe .....                  | 39 |
| SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ..... | 55     | TASIGNA .....                       | 81 |
| SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS .....    | 55     | tasimelteon .....                   | 52 |
| SUTAB .....                          | 33     | tazarotene .....                    | 31 |
| syeda .....                          | 39     | taztia xt .....                     | 23 |
| SYMBICORT .....                      | 103    | TAZVERIK .....                      | 81 |
| SYMPAZAN .....                       | 66     | TDVAX .....                         | 48 |
| SYMTUZA .....                        | 90     | TECENTRIQ .....                     | 81 |
| SYNJARDY .....                       | 100    | TECENTRIQ HYBREZA .....             | 82 |
| SYNJARDY XR .....                    | 100    | TECVAYLI .....                      | 82 |
| SYNRIBO .....                        | 81     | TEFLARO .....                       | 63 |
| SYNTHROID .....                      | 42     | telmisartan .....                   | 23 |
| <b>T</b>                             |        |                                     |    |
| TABRECTA .....                       | 81     | telmisartan-amlodipine .....        | 24 |
| tacrolimus .....                     | 31, 48 | temazepam .....                     | 52 |
| tadalafil .....                      | 34     | temsirolimus .....                  | 82 |
| tadalafil (pulm. hypertension) ..... | 103    | TENIVAC (PF) .....                  | 48 |
| TAFINLAR .....                       | 81     | tenofovir disoproxil fumarate ..... | 91 |
| TAGRISSO .....                       | 81     | TEPMETKO .....                      | 82 |
| TALICIA .....                        | 33     | terazosin .....                     | 24 |
|                                      |        | terbinafine hcl .....               | 71 |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |        |                                     |     |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| terconazole .....                    | 71     | TIVICAY .....                       | 91  |
| teriflunomide .....                  | 28     | TIVICAY PD .....                    | 91  |
| testosterone .....                   | 39     | tizanidine .....                    | 16  |
| testosterone cypionate .....         | 39     | tobramycin .....                    | 51  |
| testosterone enanthate .....         | 39     | tobramycin in 0.225 % nacl .....    | 63  |
| TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF) ..... | 48     | tobramycin sulfate .....            | 63  |
| tetrabenazine .....                  | 28     | tobramycin-dexamethasone .....      | 51  |
| TEVIMBRA .....                       | 82     | tolterodine .....                   | 34  |
| THALOMID .....                       | 82     | topiramate .....                    | 66  |
| theophylline .....                   | 103    | topotecan .....                     | 82  |
| thiamine hcl (vitamin b1) .....      | 104    | toremifene .....                    | 82  |
| thioridazine .....                   | 87     | torpenz .....                       | 82  |
| thiotepa .....                       | 82     | torsemide .....                     | 24  |
| thiothixene .....                    | 87     | TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR .....     | 100 |
| tiadylt er .....                     | 24     | TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN ..... | 100 |
| tiagabine .....                      | 66     | TPN ELECTROLYTES .....              | 95  |
| TIBSOVO .....                        | 82     | TRADJENTA .....                     | 100 |
| TICOVAC .....                        | 48     | tramadol .....                      | 57  |
| tigecycline .....                    | 63     | trandolapril .....                  | 24  |
| tilia fe .....                       | 39     | tranexamic acid .....               | 97  |
| timolol maleate .....                | 24, 51 | tranylcypromine .....               | 68  |
| tinidazole .....                     | 63     | TRAVASOL 10 % .....                 | 95  |
| tioconazole .....                    | 112    | travoprost .....                    | 51  |
| tioconazole-1 .....                  | 113    | TRAZIMERA .....                     | 82  |
| TIROSINT-SOL .....                   | 42     | trazodone .....                     | 68  |
| TIVDAK .....                         | 82     | TRECTOR .....                       | 72  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |        |                                     |     |
|--------------------------------------|--------|-------------------------------------|-----|
| TRELEGY ELLIPTA .....                | 103    | trifluoperazine .....               | 87  |
| TRELSTAR .....                       | 43     | trifluridine .....                  | 51  |
| TREMFYA .....                        | 48     | trihexyphenidyl .....               | 18  |
| TREMFYA PEN .....                    | 48     | TRIJARDY XR .....                   | 100 |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-100 .....        | 100    | TRIKAFTA .....                      | 103 |
| TRESIBA FLEXTOUCH U-200 .....        | 100    | trimethoprim .....                  | 63  |
| TRESIBA U-100 INSULIN .....          | 100    | trimipramine .....                  | 68  |
| tretinoin .....                      | 31     | trinatal rx 1 .....                 | 95  |
| tretinoin (antineoplastic) .....     | 82     | TRINTELLIX .....                    | 68  |
| tri-buffered aspirin .....           | 113    | TRISENOX .....                      | 82  |
| tri-estarylla .....                  | 39     | TRIUMEQ .....                       | 91  |
| tri-legest fe .....                  | 39     | TRIUMEQ PD .....                    | 91  |
| tri-linyah .....                     | 39     | trivora (28) .....                  | 40  |
| tri-lo-estarylla .....               | 39     | TRIZIVIR .....                      | 91  |
| tri-lo-marzia .....                  | 39     | TRODELVY .....                      | 82  |
| tri-lo-mili .....                    | 39     | TROGARZO .....                      | 91  |
| tri-lo-sprintec .....                | 39     | TROPHAMINE 10 % .....               | 95  |
| tri-mili .....                       | 39     | trospium .....                      | 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 |
| tri-vylibra lo .....                 | 39     | TRULICITY .....                     | 100 |
| triamcinolone acetonide .....        | 29, 41 | TRUMENBA .....                      | 48  |
| triamterene-hydrochlorothiazid ..... | 24     | TRUQAP .....                        | 82  |
| triderm .....                        | 41     | TUKYSA .....                        | 82  |
| trientine .....                      | 95     | tulana .....                        | 40  |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                                      |     |                                      |        |
|--------------------------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| TURALIO .....                        | 82  | valsartan .....                      | 24     |
| turqoz (28) .....                    | 40  | valsartan-hydrochlorothiazide .....  | 24     |
| tusnel diabetic .....                | 113 | VALTOCO .....                        | 66     |
| tusnel-ex .....                      | 113 | vancomycin .....                     | 63     |
| tussin dm .....                      | 113 | VANFLYTA .....                       | 82     |
| tussin dm clear .....                | 113 | VAQTA (PF) .....                     | 48, 49 |
| tussin mucus-chest congestion .....  | 113 | varenicline tartrate .....           | 26     |
| TWINRIX (PF) .....                   | 48  | VARIVAX (PF) .....                   | 49     |
| TYBOST .....                         | 91  | VASCEPA .....                        | 24     |
| TYMLOS .....                         | 25  | VAXCHORA VACCINE .....               | 49     |
| TYPHIM VI .....                      | 48  | VECTIBIX .....                       | 82     |
| <b>U</b>                             |     |                                      |        |
| UBRELVY .....                        | 17  | velivet triphasic regimen (28) ..... | 40     |
| UDENYCA .....                        | 97  | VEMLIDY .....                        | 91     |
| UDENYCA AUTOINJECTOR .....           | 97  | VENCLEXTA .....                      | 82     |
| UDENYCA ONBODY .....                 | 97  | VENCLEXTA STARTING PACK .....        | 82     |
| ULTILET ALCOHOL SWAB .....           | 55  | venlafaxine .....                    | 68, 69 |
| UNITHROID .....                      | 42  | VENTOLIN HFA .....                   | 103    |
| UNITUXIN .....                       | 82  | verapamil .....                      | 24     |
| ursodiol .....                       | 33  | VERQUOVO .....                       | 24     |
| <b>V</b>                             |     |                                      |        |
| valacyclovir .....                   | 91  | VERSACLOZ .....                      | 87     |
| VALCHLOR .....                       | 82  | VERZENIO .....                       | 82     |
| valganciclovir .....                 | 91  | vestura (28) .....                   | 40     |
| valproate sodium .....               | 66  | vienva .....                         | 40     |
| valproic acid .....                  | 66  | vigabatrin .....                     | 66     |
| valproic acid (as sodium salt) ..... | 66  | vigadrone .....                      | 66     |
|                                      |     | VIGAFYDE .....                       | 66     |

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



Este formulario fue actualizado el 01/01/2025.

|                     |     |                                      |        |
|---------------------|-----|--------------------------------------|--------|
| vigpoder .....      | 66  | VYLOY .....                          | 83     |
| VIIBRYD .....       | 69  | VYNDAMAX .....                       | 104    |
| vilazodone .....    | 69  | VYVGART .....                        | 16     |
| vinblastine .....   | 83  | VYVGART HYTRULO .....                | 16     |
| vincasar pfs .....  | 83  | VYXEOS .....                         | 83     |
| vincristine .....   | 83  | <b>W</b>                             |        |
| vinorelbine .....   | 83  | warfarin .....                       | 97     |
| viorele (28) .....  | 40  | water for irrigation, sterile .....  | 55     |
| VIRACEPT .....      | 91  | WEBCOL .....                         | 55     |
| VIREAD .....        | 91  | WELIREG .....                        | 104    |
| virt-nate dha ..... | 95  | wera (28) .....                      | 40     |
| vitamin d2 .....    | 104 | wesnatal dha complete .....          | 95     |
| vitamin k1 .....    | 105 | wesnate dha .....                    | 95     |
| VITRAKVI .....      | 83  | westab plus .....                    | 96     |
| VIVITROL .....      | 26  | wixela inhub .....                   | 103    |
| VIZIMPRO .....      | 83  | women's gentle laxative(bisac) ..... | 113    |
| VOCABRIA .....      | 91  | wymzya fe .....                      | 40     |
| volnea (28) .....   | 40  | <b>X</b>                             |        |
| VONJO .....         | 83  | XALKORI .....                        | 83     |
| VORANIGO .....      | 83  | XARELTO .....                        | 97     |
| voriconazole .....  | 71  | XARELTO DVT-PE TREAT 30D START ..... | 97     |
| VOSEVI .....        | 91  | XATMEP .....                         | 49     |
| VOWST .....         | 33  | XCOPRI .....                         | 66, 67 |
| VRAYLAR .....       | 87  | XCOPRI MAINTENANCE PACK .....        | 67     |
| VUMERITY .....      | 28  | XCOPRI TITRATION PACK .....          | 67     |
| vylibra .....       | 40  | XDEMVY .....                         | 55     |
|                     |     | XGEVA .....                          | 25     |

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



|                              |     |                                      |     |
|------------------------------|-----|--------------------------------------|-----|
| XIFAXAN .....                | 33  | ZIIHERA .....                        | 84  |
| XOLAIR .....                 | 49  | ziprasidone hcl .....                | 87  |
| XOSPATA .....                | 83  | ziprasidone mesylate .....           | 87  |
| XPOVIO .....                 | 83  | ZIRABEV .....                        | 84  |
| XTANDI .....                 | 83  | ZIRGAN .....                         | 91  |
| xulane .....                 | 40  | zoledronic ac-mannitol-0.9nacl ..... | 25  |
| <b>Y</b>                     |     |                                      |     |
| YERVOY .....                 | 83  | zoledronic acid .....                | 25  |
| YF-VAX (PF) .....            | 49  | zoledronic acid-mannitol-water ..... | 25  |
| YONDELIS .....               | 83  | ZOLINZA .....                        | 84  |
| <b>Z</b>                     |     |                                      |     |
| zafemy .....                 | 40  | zolpidem .....                       | 52  |
| zafirlukast .....            | 103 | ZONISADE .....                       | 67  |
| zaleplon .....               | 52  | zonisamide .....                     | 67  |
| ZALTRAP .....                | 83  | zovia 1-35 (28) .....                | 40  |
| ZANOSAR .....                | 83  | ZTALMY .....                         | 67  |
| zarah .....                  | 40  | ZUBSOLV .....                        | 26  |
| ZARXIO .....                 | 97  | zumandimine (28) .....               | 40  |
| ZEGALOGUE AUTOINJECTOR ..... | 100 | ZURZUVAE .....                       | 69  |
| ZEGALOGUE SYRINGE .....      | 100 | ZYDELIG .....                        | 84  |
| ZEJULA .....                 | 83  | ZYKADIA .....                        | 84  |
| ZELBORAF .....               | 84  | ZYNLONTA .....                       | 84  |
| ZEMAIRA .....                | 104 | ZYNYZ .....                          | 84  |
| zenatane .....               | 31  | ZYPITAMAG .....                      | 24  |
| ZEPZELCA .....               | 84  | ZYPREXA RELPREVV .....               | 87  |
| ZEVALIN (Y-90) .....         | 55  | 3-day vaginal .....                  | 105 |
| zidovudine .....             | 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 01/01/2025.

---

## 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.....                         | 58  |
| .....  | 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.....                                    | 71  |
| 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.....                       | 91  |
| .....  | 41 | .....  | 96  |
| Reemplazo de la hormona tiroidea.....          | 42 | Diabetes.....  | 97  |
| .....  | 42 | .....  | 101 |
| Enfermedades tiroideas hiperactivas.....       | 44 | .....  | 101 |
| Enfermedades del sistema inmune y vacunas..... | 44 | .....  | 101 |



.....104

.....104

.....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 Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

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

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

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

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







LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 01/01/2025. 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**<sup>®</sup>