

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 05/09/2025. PARA OBTENER INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE OTRAS PREGUNTAS, LLÁMENOS AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO O VISITE ES-WWW.HUMANA.COM.

Humana[®]

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

Introducción:

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta sin receta están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. La Lista de medicamentos también le indica si existen reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Humana Gold Plus Integrated. Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para los afiliados*.

Índice:

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Preguntas frecuentes.....	5
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).....	5
B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?.....	6
B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria para obtener determinados medicamentos?.....	7
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?.....	7
B6. ¿Qué sucede si el plan Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, PA o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?	7
B7. ¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?	8
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos?.....	8
B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtenerlo?	8
B10. ¿ Puedo solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?	11
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	12
B14. ¿Qué son los productos biológicos originales y cómo se relacionan con los biosimilares?.....	13
B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
B16. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?	13
B17. ¿Cuál es mi copago?	13
B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?.....	13
C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos	14
C1. Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica	14
D. Índice de medicamentos cubiertos	115

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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 05/09/2025.

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](https://www.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](https://www.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](https://www.humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated).



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

-
- 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 05/09/2025.

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 05/09/2025.

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

Hay dos formas de buscar un medicamento:

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

Para buscar **por orden alfabético**, vaya a la sección Listado alfabético. Puede encontrarla a partir de la página 115.

Para buscar **por afección médica**, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 146. 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 05/09/2025.

-
- 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 05/09/2025.

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 05/09/2025.

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 05/09/2025.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

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

Para solicitar una excepción

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

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

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

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

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

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

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

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

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

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

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

B15. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

B16. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?

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

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

B17. ¿Cuál es mi copago?

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

B18. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos

La siguiente *lista de medicamentos* cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice de medicamentos recetados que comienza en la página 115. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

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

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

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

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

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

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

C1. Medicamentos agrupados por afección médica

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

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

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

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

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

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

BvsD = Revisión de la Parte B o la Parte D de Medicare (aprobación): se revisa el lugar de administración del medicamento y se debe aprobar antes de que el plan cubra el costo de este medicamento.

(*) = No es un medicamento de la Parte D.

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

AGENTES ANTIESPASTICIDAD

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

AGENTES ANTIGOTA

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

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
VYVGART 20 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
VYVGART HYTRULO 1,000 MG-10,000 UNIT/5 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA, QL (20 cada 28 días)
VYVGART HYTRULO 1,008 MG-11,200 UNIT/5.6 ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA, QL (22.4 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza

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

AGENTES ANTIPARKINSON

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
entacapone 200 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
niacin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
niacor 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nimodipine 60 mg/20 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2838 cada 28 días)
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
olmesartan 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pacerone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pravastatin 10 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (560MCG/2.24ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 180 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 365 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balsalazide 750 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 1,000 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
SUFLAVE 178.7-7.3-0.5 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
SUTAB 1.479-0.188- 0.225 GRAM TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
TALICIA 10-250-12.5 MG CAPSULE, IR/DR, BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol 300 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
VOWST CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
XIFAXAN 200 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
tropium 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
apri 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
abra 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
abra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ayuna 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 2)	QL(8 cada 28 días)
<i>cryselle</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred eq</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>danazol</i> 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 1/35</i> (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 7/7/7</i> (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>deblitane</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 30 días)
DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(0.65 cada 90 días)
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol</i> 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dotti</i> 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>elinest</i> 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>eluryng</i> 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>emzahh</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>enilloring</i> 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>enpresse</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>enskyce</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>errin</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>estarylla</i> 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol</i> 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol</i> 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
<i>estradiol</i> 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
<i>estradiol</i> 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol valerate</i> 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet</i> 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>falmina</i> (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lessina</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonest</i> (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic</i> 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i> 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>levora</i> -28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lo-zumandimine</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lojaimiess</i> 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>loryna</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>low-ogestrel</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lutra</i> (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyleq</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyllana</i> 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
<i>lyza</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>medroxyprogesterone</i> 150 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
<i>medroxyprogesterone</i> 150 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
<i>megestrol</i> 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol</i> 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin</i> fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>mili</i> 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mono-linyah</i> 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>necon</i> 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>nikki</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nora-be</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norelgestromin-ethin.estradiol</i> 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
<i>noreth-ethinyl estradiol-iron</i> 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone (contraceptive)</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone ac-eth estradiol</i> 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate</i> 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone-e.estradiol-iron</i> 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>norgestimate-ethinyl estradiol</i> 0.18/0.215/0.25 mg-0.025 mg, 0.18/0.215/0.25 mg-0.035mg (28), 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel</i> 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel</i> 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nylia</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nylia</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nymyo</i> 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ocella</i> 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>oxandrolone</i> 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>oxandrolone</i> 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>pimtrex</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>portia</i> 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>progesterone</i> 50 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valtya 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vylibra 0.25-0.035 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
xarah fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
xelria fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
xulane 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
zafemy 150-35 mcg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3 cada 28 días)
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
EUTHYROX 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LEVO-T 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
TIROSINT-SOL 100 MCG/ML, 112 MCG/ML, 125 MCG/ML, 13 MCG/ML, 137 MCG/ML, 150 MCG/ML, 175 MCG/ML, 200 MCG/ML, 25 MCG/ML, 37.5 MCG/ML, 44 MCG/ML, 50 MCG/ML, 62.5 MCG/ML, 75 MCG/ML, 88 MCG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA O SUPRARRENAL)

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
<i>lanreotide 60 mg/0.2 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
<i>lanreotide 90 mg/0.3 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(0.3 cada 28 días)
<i>leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
<i>octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide,microspheres 10 mg, 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>methimazole 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABRYOVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ADALIMUMAB-ADAZ 10 MG/0.1 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (0.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 20 MG/0.2 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (1.2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 40 MG/0.4 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (2.4 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADAZ 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (4.8 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (2 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (6 cada 28 días)
ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (6 cada 28 días)
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>azathioprine 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
BESREMI 500 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX UNOREADY PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,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 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
<i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
IPOX 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
MRESVIA (PF) 50 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
PENBRAVA (PF) 5-120 MCG/0.5 ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL (PF) 15LF-20MCG-5LF- 62 DU/0.5 ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sajazir</i> 30 mg/3 ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sirolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>sirolimus</i> 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 84 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16.8 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TREMFYA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 100 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA 200 MG/2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
TREMFYA 200 MG/20 ML (10 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 365 días)
TREMFYA PEN 100 MG/ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
TREMFYA PEN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN 200 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
VIMKUNYA 40 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VIVOTIF 2 BILLION UNIT CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, 300 MG/2 ML SYRINGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML AUTO-INJECTOR DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (4 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>apraclonidine 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>atropine 1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>azelastine 0.05 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin 500 unit/gram OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaxolol 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>brimonidine 0.2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>carteolol 1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL (5 cada 25 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cromolyn 4 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyclosporine 0.05 % DROPPERETTE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>CYSTARAN 0.44 % DROPS</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium 0.1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide 2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
<i>EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
<i>fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
<i>ketorolac 0.4 %, 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
<i>latanoprost 0.005 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 días)
<i>levobunolol 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>LUMIGAN 0.01 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
<i>methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>proparacaine 0.5 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>RHOPRESSA 0.02 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
<i>ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
<i>SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(16 cada 30 días)
<i>sulfacetamide sodium 10 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.25 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>timolol maleate 0.5 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin 0.3 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>travoprost 0.004 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
<i>trifluridine 1 % DROPS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
tasimelteon 20 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
zolpidem 12.5 mg, 6.25 mg TABLET, ER MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL (56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers</i> SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mifepristone</i> 300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
MIRENA 21 MCG/24HR (UP TO 8 YRS) 52 MG IUD MO	\$0 (Nivel 2)	
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nitroglycerin 0.4 % (w/w) OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ringer's SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.9 % SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-FINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
XDEMVI 0.25 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(4 cada 28 días)
diclofenac potassium 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 1 % GEL ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 1.5 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml, 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
<i>piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulindac 150 mg, 200 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>tramadol 50 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

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

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ARIKAYCE 590 MG/8.4 ML SUSPENSION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(235.2 cada 28 días)
azithromycin 1 gram PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml, 3 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daptomycin 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 2)	
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
HUMATIN 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE, SPRINKLE MO	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 25 días)
vigpoder 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1080 cada 30 días)

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 45 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine 15 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
sertraline 100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
VIIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZURZUVAE 20 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 365 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZURZUVAE 30 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 365 días)

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(28 cada 28 días)
meclizine 12.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 4 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
promethazine 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
caspofungin 50 mg, 70 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ciclodan 8 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	\$0 (Nivel 2)	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>nystatin 100,000 unit/gram CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin 100,000 unit/gram POWDER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin 500,000 unit TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nystop 100,000 unit/gram POWDER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>terbinafine hcl 250 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>terconazole 80 mg SUPPOSITORY</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>voriconazole 200 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(400 cada 30 días)

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRECTOR 250 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	

ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>abiraterone 250 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>abiraterone 500 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>abirtega 250 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
AKEEGA 100-500 MG, 50-500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>anastrozole 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ANKTIVA 400 MCG/0.4 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
AUGTYRO 160 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUGTYRO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
AXTLE 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
BIZENGRI 375 MG/18.75 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(75 cada 28 días)
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
BOSULIF 100 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BOSULIF 100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BOSULIF 50 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>carboplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>carmustine 100 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cisplatin 1 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>clofarabine 1 mg/ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
<i>cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 100 MG/ML, 200 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>cytarabine 20 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>dasatinib 100 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>dasatinib 140 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>dasatinib 20 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
DATROWAY 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>decitabine 50 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ELAHERE 5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ELREXFIO 40 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>eribulin 1 mg/2 ml (0.5 mg/ml) SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>erlotinib 25 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>etoposide 20 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>exemestane 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>fludarabine 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
FRUZAQLA 1 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
FRUZAQLA 5 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
<i>gefitinib 250 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melphalan 2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 20 mg/ml SUSPENSION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mesna 400 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilotinib hcl 150 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OGSIVEO 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OGSIVEO 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
OJEMDA 25 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(96 cada 28 días)
OJEMDA 400 MG/WEEK (100 MG X 4) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OJEMDA 500 MG/WEEK (100 MG X 5) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
OJEMDA 600 MG/WEEK (100 MG X 6) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDIVO QVANTIG 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ORSERDU 345 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
pazopanib 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
QINLOCK 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG, 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMVIMZA 14 MG, 20 MG, 30 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SCEMBLIX 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>sorafenib 200 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
<i>sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 21 días)
<i>topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>toremifene 60 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TRAZIMERA 420 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(64 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VORANIGO 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VORANIGO 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VYLOY 100 MG, 300 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
XALKORI 150 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (10 MG X 4) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>albendazole 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
<i>hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydroxychloroquine 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin 3 mg, 6 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>molindone 10 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>molindone 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>molindone 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
OPIPZA 10 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
OPIPZA 2 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OPIPZA 5 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimozide 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine 100 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>quetiapine 150 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>quetiapine 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
<i>risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
<i>risperidone 0.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)
<i>risperidone 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 400 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
darunavir 600 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
darunavir 800 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG, 200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir 600-200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
etravirine 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lamivudine 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
lamivudine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lamivudine 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)
LIVTENCITY 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
maraviroc 150 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PAXLOVID 150 MG (10)- 100 MG (10) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 150 MG (6)- 100 MG (5) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(22 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 10 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 120 MG, 20 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 180 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
deferasirox 180 mg, 360 mg, 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31-10.8-3.9 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
kionex (with sorbitol) 15-20 gram/60 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
penicillamine 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml LIQUID MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ringer's PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 2.5 meq/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
trientine 500 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
wesnata dha complete 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTION SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
glimepiride 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100 100 UNIT/ML INSULIN PEN, HALF-UNIT MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG KWIKPEN INSULIN 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100 100 UNIT/ML (50-50) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN 100 UNIT/ML (50-50) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN 100 UNIT/ML (75-25) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN 100 UNIT/ML (75-25) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMALOG U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-850 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LYUMJEV U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>metformin 850 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 45 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 24 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2.5 mg /3 ml (0.083 %) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML, 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE, 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10.7 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
KALYDECO 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
OPSYNVI 10-20 MG, 10-40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30.6 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
zafirlukast 10 mg, 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
betaine 1 gram/scoop POWDER ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 24,000-76,000 -120,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
sapropterin 100 mg POWDER IN PACKET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
sodium phenylbutyrate 500 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
STRENSIQ 40 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
WELIREG 40 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
ZEMAIRA 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA

MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE (*)	\$0 (Nivel 3)	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)	\$0 (Nivel 3)	
ORACIT 490-640 MG/5 ML SOLUTION (*)	\$0 (Nivel 3)	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET (*)	\$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 05/09/2025.

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

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
altamist 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid extst (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)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COLACE 100 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
curae 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
deep sea nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
dextrose 40 % GEL	\$0 (Nivel 4)	
dialyvite 800 0.8 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 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)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 400 mg magnesium, 420 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-% KIT	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness 50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
mucinex fast-max chest-congest 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
my choice 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
my way 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	QL(2 cada 30 días)
naproxen sodium 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
NARCAN 4 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	QL(2 cada 30 días)
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
nasal moisturizing 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
nasal spray (sodium chloride) 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 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nausea relief SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
nephro vitamins 0.8 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
new day 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	\$0 (Nivel 4)	
NUTRISOURCE FIBER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
NUTRISOURCE FIBER POWDER	\$0 (Nivel 4)	
option-2 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
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)	

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal mist 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
saline nose 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna 176 mg/5 ml, 8.8 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna leaf extract 176 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SEKOKOT 8.6 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SEKOKOT 8.7 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SEKOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SEKOKOT KIDS 8.7 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SEKOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
smooth antacid 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER	\$0 (Nivel 4)	
sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
SORBITOL 70 % SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-laxative 8.6-50 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 05/09/2025.

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

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

D. Índice de medicamentos

3-day vaginal	106	ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN CROHNS	44
		ADALIMUMAB-ADBM(CF) PEN PS-UV	44
		adapalene	29
A		ADCETRIS	73
abacavir	89	adefovir	89
abacavir-lamivudine	89	ADEMPAS	102
ABELCET	71	ADRIAMYCIN	73
ABILIFY ASIMTUFIG	86	ADSTILADRIN	52
ABILIFY MAINTENA	86	adult aspirin regimen	106
abiraterone	73	adult tussin chest congestion	106
abirtega	73	ADVAIR HFA	102
ABRYSVO (PF)	44	afirmelle	34
acamprosate	26	AKEEGA	73
acarbose	98	albendazole	85
accutane	29	albuterol sulfate	102
acebutolol	18	ALCAINE	49
acetaminophen	106	ALCOHOL PADS	52
acetaminophen-codeine	56	ALCOHOL PREP PADS	52
acetazolamide	18	ALCOHOL SWABS	52
acetic acid	59	ALCOHOL WIPES	52
acetylcysteine	52, 102	ALECENSA	73
acid gone antacid	106	alendronate	24
acid gone antacid e.strength	106	alfuzosin	33
acid reducer (famotidine)	106	ALIQOPA	73
acitretin	29	aliskiren	18
ACTHIB (PF)	44	all day allergy (cetirizine)	106
ACTIMMUNE	44	all day pain relief	106
acyclovir	89	all day relief	106
acyclovir sodium	89	aller-g-time	106
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	44	allergy (diphenhydramine)	106
ADALIMUMAB-ADAZ	44	allergy relief (cetirizine)	106
ADALIMUMAB-ADBM	44		

allergy relief (loratadine)	107	amphotericin b liposome	71
allergy relief(diphenhydramin)	107	ampicillin	60
allopurinol	16	ampicillin sodium	60
almacone-2	107	ampicillin-sulbactam	60
alosetron	31	anagrelide	97
alprazolam	58	anastrozole	73
altamist	107	ANKTIVA	73
altavera (28)	34	antacid (calcium carbonate)	107
alum-mag hydroxide-simeth	107	antacid anti-gas	107
aluminum hydroxide gel	107	antacid exst (mag carb-al hyd)	107
ALUNBRIG	73	antacid ext str (calcium carb)	107
alyacen 1/35 (28)	34	antacid extra-strength	107
alyacen 7/7/7 (28)	34	antacid regular strength	107
alyq	102	antacid-antigas	107
amabelz	34	anti-diarrheal (loperamide)	107
amantadine hcl	17	anti-nausea	107
ambrisentan	102	apraclonidine	49
amikacin	59	aprepitant	70
amiloride	18	apri	34
amiloride-hydrochlorothiazide	18	APTIOM	64
aminophylline	102	APTIVUS	89
AMINOSYN II 10 %	93	aranelle (28)	34
amiodarone	18	ARCALYST	44
amitriptyline	68	AREXVY (PF)	44
amlodipine	18	arformoterol	102
amlodipine-benazepril	18	ARIKAYCE	60
amlodipine-valsartan	19	aripiprazole	86
ammonium lactate	29	ARISTADA	86
amnesteem	29	ARISTADA INITIO	86
amoxapine	68	ARMOUR THYROID	42
amoxicillin	59	ARNUITY ELLIPTA	102
amoxicillin-pot clavulanate	59, 60	ARRANON	73
amphotericin b	71	arsenic trioxide	73

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

asenapine maleate	86	AXTLE	73
ASPARLAS	73	AYR SALINE	107
aspirin	107	ayuna	34
aspirin,buffd-calcium carb-mag	107	AYVAKIT	73
aspirin-dipyridamole	97	azacitidine	73
atazanavir	89	azathioprine	44
atenolol	19	azelastine	49, 103
atenolol-chlorthalidone	19	azithromycin	60
atomoxetine	27	aztreonam	60
atorvastatin	19	azurette (28)	34
atovaquone	85	B	
atovaquone-proguanil	85	b complex-vitamin c-folic acid	107
atropine	49	BABY AYR SALINE	107
ATROPINE SULFATE (PF)	49	bacitracin	49, 60
ATROVENT HFA	103	bacitracin-polymyxin b	49
aubra	34	baclofen	16
aubra eq	34	bal-care dha	93
AUGTYRO	73	balsalazide	25
aurovela 1.5/30 (21)	34	BALVERSA	73
aurovela 1/20 (21)	34	BAND-AID GAUZE PADS	52
aurovela 24 fe	34	banophen	107
aurovela fe 1-20 (28)	34	BAQSIMI	98
aurovela fe 1.5/30 (28)	34	BARACLUDE	89
AUSTEDO	27	BAVENCIO	73
AUSTEDO XR	27	BCG VACCINE, LIVE (PF)	45
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	27	BD ALCOHOL SWABS	52
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	52	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	52
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	52	BD ECLIPSE LUER-LOK	52
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	52	BD INSULIN SYRINGE	53
AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	52	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	53
AUVELITY	68	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	53
AUVI-Q	103	BD INSULIN SYRINGE U-500	53
aviane	34	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	53

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	53	BIKTARVY	89
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	53	bisacodyl	107
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	53	bismuth subsalicylate	108
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	53	bisoprolol fumarate	19
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	53	bisoprolol-hydrochlorothiazide	19
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	53	BIZENGRI	74
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	53	bleomycin	74
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	53	blisovi 24 fe	34
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	53	blisovi fe 1.5/30 (28)	34
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	53	blisovi fe 1/20 (28)	34
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	53	BOOSTRIX TDAP	45
BELEODAQ	73	BORDERED GAUZE	53
BELSOMRA	52	BORTEZOMIB	74
benazepril	19	BOSULIF	74
benazepril-hydrochlorothiazide	19	BRAFTOVI	74
bendamustine	74	BREO ELLIPTA	103
BENLYSTA	45	BREZTRI AEROSPHERE	103
benztropine	17	BRILINTA	97
BESPONSA	74	brimonidine	49
BESREMI	45	BRIVIACT	64
betaine	105	bromocriptine	17
betamethasone dipropionate	29	BRUKINSA	74
betamethasone valerate	29	budesonide	25, 103
betamethasone, augmented	29	bumetanide	19
BETASERON	27	buprenorphine	56
betaxolol	49	buprenorphine hcl	26
bethanechol chloride	33	buprenorphine-naloxone	26
bexarotene	74	bupropion hcl	68
BEXSERO	45	bupropion hcl (smoking deter)	26
bicalutamide	74	bupirone	58
BICILLIN C-R	60	busulfan	74
BICILLIN L-A	60	BUSULFEX	74
BICNU	74	butalbital-acetaminophen-caff	53

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

C

c-nate dha	93	CAYSTON	103
CABENUVA	89	cefaclor	60
cabergoline	42	cefadroxil	60
CABOMETYX	74	cefazolin	60
cal-gest antacid	108	cefazolin in dextrose (iso-os)	60
calcidol	108	cefdinir	60
calcipotriene	29	cefepime	60
calcitonin (salmon)	25	cefixime	60
calcitriol	25	cefotetan	60
calcium antacid	108	cefoxitin	60
calcium carbonate	108	cefoxitin in dextrose, iso-osm	61
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	74	cefopodoxime	61
camila	34	cefprozil	61
camrese lo	34	ceftazidime	61
candesartan	19	ceftazidime in d5w	61
candesartan-hydrochlorothiazid	19	ceftriaxone	61
CAPLYTA	86	cefuroxime axetil	61
CAPRELSA	74	cefuroxime sodium	61
captopril	19	cephalexin	61
captopril-hydrochlorothiazide	19	cetirizine	103, 108
carbamazepine	64, 65	chateal eq (28)	34
carbidopa-levodopa	17	CHEMET	93
carbidopa-levodopa-entacapone	18	CHEST CONGESTION RELIEF	108
carboplatin	74	chest congestion relief dm	108
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	53	child allergy relf(cetirizine)	108
carglumic acid	93	child's all day allergy(cetir)	108
carisoprodol	102	children's acetaminophen	108
carmustine	74	children's allergy (diphenhyd)	108
carteolol	49	children's allergy relief(lor)	108
cartia xt	19	children's aspirin	108
carvedilol	19	children's cetirizine	108
caspofungin	71	children's loratadine	108
		children's mapap	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 05/09/2025.

children's pain reliever	108	clindamycin phosphate	29, 30, 61
children's pain-fever relief	108	clindamycin-benzoyl peroxide	30
children's saline nasal spray	108	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	93
chloramphenicol sod succinate	61	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	93
chlorhexidine gluconate	29	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	93
chloroquine phosphate	85	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	93
chlorothiazide sodium	19	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	93
chlorpromazine	86	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	93
chlorthalidone	19	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	93
chocolate laxative	108	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	93
cholestyramine (with sugar)	19	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	93
cholestyramine light	19	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	93
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	40	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	93
ciclodan	71	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	94
ciclopirox	71	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	94
cilostazol	97	CLINOLIPID	94
CIMDUO	89	clobazam	65
cimetidine	31	clobetasol	30
cimetidine hcl	31	clobetasol-emollient	30
cinacalcet	25	clofarabine	74
ciprofloxacin hcl	49, 61	CLOLAR	74
ciprofloxacin in 5 % dextrose	61	clomipramine	68
cisplatin	74	clonazepam	58
citalopram	68	clonidine	19
cladribine	74	clonidine hcl	19
claravis	29	clopidogrel	97
clarithromycin	61	clorazepate dipotassium	58
clearlax	108	clotrimazole	71, 108
clindamycin hcl	61	clotrimazole-3	108
clindamycin in 0.9 % sod chlor	61	clotrimazole-betamethasone	71
clindamycin in 5 % dextrose	61	clozapine	86, 87
clindamycin palmitate hcl	61	COARTEM	85
clindamycin pediatric	61	COBENFY	53

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

COBENFY STARTER PACK	53	cyclosporine	45, 50
COLACE	109	cyclosporine modified	45
COLACE 2-IN-1	109	CYRAMZA	75
COLACE CLEAR	109	cyred	35
colchicine	16	cyred eq	35
colestipol	20	CYSTAGON	105
colistin (colistimethate na)	61	CYSTARAN	50
COLUMVI	74	cytarabine	75
COMBIGAN	49	cytarabine (pf)	75
COMBIPATCH	35	D	
COMBIVENT RESPIMAT	103	d10 %-0.45 % sodium chloride	94
COMETRIQ	74	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	94
COMPLERA	89	d5 % (d-glucose)-0.9 % sodchlr	94
complete natal dha	94	d5 % and 0.9 % sodium chloride	94
compro	70	d5 %-0.45 % sodium chloride	94
constulose	31	dacarbazine	75
COPAXONE	27	dactinomycin	75
COPIKTRA	74	dalfampridine	27
COSENTYX	45	danazol	35
COSENTYX (2 SYRINGES)	45	dantrolene	16
COSENTYX PEN	45	DANYELZA	75
COSENTYX PEN (2 PENS)	45	DANZITEN	75
COSENTYX UNOREADY PEN	45	dapsone	72
COSMEGEN	75	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	45
COTELLIC	75	daptomycin	61, 62
CREON	105	daptomycin in 0.9 % sod chlor	62
cromolyn	50, 103	darifenacin	33
cryselle (28)	35	darunavir	89, 90
curae	109	DARZALEX	75
CURITY ALCOHOL SWABS	53	DARZALEX FASPRO	75
CURITY GAUZE	53	dasatinib	75
cyclobenzaprine	102	dasetta 1/35 (28)	35
cyclophosphamide	75	dasetta 7/7/7 (28)	35

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

DATROWAY	75	dialyvite 800	109
daunorubicin	75	diazepam	58, 59, 65
DAURISMO	75	diazepam intensol	59
deblitane	35	diazoxide	98
decitabine	75	diclofenac potassium	56
deep sea nasal	109	diclofenac sodium	50, 56
deferasirox	94	dicloxacillin	62
DELSTRIGO	90	dicyclomine	31
DENG VAXIA (PF)	45	didanosine	90
DEPO-ESTRADIOL	35	DIFICID	62
DEPO-SUBQ PROVERA 104	35	digitek	20
DERMACEA	53	digoxin	20
DESCOVY	90	dihydroergotamine	17
desipramine	68	dilt-xr	20
desmopressin	40	diltiazem hcl	20
desog-e.estradiol/e.estradiol	35	dimethyl fumarate	27
desvenlafaxine succinate	68	diphedryl	109
dexamethasone	41	diphenhydramine hcl	103, 109
dexamethasone intensol	41	diphenoxylate-atropine	31
dexamethasone sodium phos (pf)	41	disulfiram	26
dexamethasone sodium phosphate	41, 50	DIURIL	20
dexmethylphenidate	27	divalproex	65
dexrazoxane hcl	75	docetaxel	75
dextroamphetamine sulfate	27	docusate calcium	109
dextroamphetamine-amphetamine	27	docusate sodium	109
dextromethorphan-guaifenesin	109	DOCUSOL KIDS	109
dextrose	109	dofetilide	20
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	94	dok	109
dextrose 10 % in water (d10w)	94	donepezil	15
dextrose 5 % in water (d5w)	94	dorzolamide	50
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	94	dorzolamide-timolol	50
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	94	dotti	35
DIACOMIT	65	DOVATO	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 05/09/2025.

doxazosin	20	efavirenz-emtricitabin-tenofov	90
doxepin	59	efavirenz-lamivu-tenofov disop	90
doxercalciferol	25	EGRIFTA SV	40
doxorubicin	75	ELAHERE	75
doxorubicin, peg-liposomal	75	electrolyte-148	94
doxy-100	62	electrolyte-48 in d5w	94
doxycycline hyclate	62	electrolyte-a	94
doxycycline monohydrate	62	ELELYSO	105
driminate	109	ELIGARD (3 MONTH)	42
DRISDOL	105	elinest	35
DRIZALMA SPRINKLE	27	ELIQUIS	97
dronabinol	70	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	97
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	54	ELMIRON	33
DROPLET INSULIN SYRINGE	54	ELREXFIO	75
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	54	eluryng	35
DROPLET PEN NEEDLE	54	ELZONRIS	76
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	54	EMCYT	76
DROPSAFE PEN NEEDLE	54	EMGALITY PEN	17
drospirenone-ethinyl estradiol	35	EMGALITY SYRINGE	17
DROXIA	54	EMPLICITI	76
DUAVEE	35	EMSAM	68
duloxetine	28	emtricitabine	90
DUPIXENT PEN	45	emtricitabine-tenofovir (tdf)	90
DUPIXENT SYRINGE	45	EMTRIVA	90
dutasteride	33	emzahh	35
dutasteride-tamsulosin	33	enalapril maleate	20
E		enalapril-hydrochlorothiazide	20
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	54	endocet	56
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	54	enema	109
econtra one-step	109	enema disposable	109
ed-apap	109	ENEMEEZ	109
EDURANT	90	ENEMEEZ KIDS	109
efavirenz	90	ENEMEEZ PLUS	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 05/09/2025.

ENGERIX-B (PF)	45	erythromycin with ethanol	30
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	45	escitalopram oxalate	68
ENHERTU	76	esomeprazole magnesium	32
enilloring	35	estarylla	35
enoxaparin	97	estradiol	35
enpresse	35	estradiol valerate	35
enskyce	35	estradiol-norethindrone acet	35
entacapone	18	eszopiclone	52
entecavir	90	ethambutol	72
ENTRESTO	20	ethosuximide	65
ENTRESTO SPRINKLE	20	ethynodiol diac-eth estradiol	35
enulose	31	etodolac	56
ENVARUSUS XR	45	etonogestrel-ethinyl estradiol	35
EPCLUSA	90	ETOPOPHOS	76
EPIDIOLEX	65	etoposide	76
epinephrine	103	etravirine	90
epirubicin	76	EULEXIN	76
epitol	65	EUTHYROX	42
EPKINLY	76	everolimus (antineoplastic)	76
EPRONTIA	65	everolimus (immunosuppressive)	45, 46
ERBITUX	76	EVOMELA	76
ergocalciferol (vitamin d2)	105, 109	EVOTAZ	90
ergotamine-caffeine	17	exemestane	76
eribulin	76	EXKIVITY	76
ERIVEDGE	76	EYSUVIS	50
ERLEADA	76	ezetimibe	20
erlotinib	76		
errin	35	F	
ertapenem	62	falmina (28)	35
ery pads	30	famciclovir	90
ERYTHROCIN	62	famotidine	32, 109
erythromycin	50, 62	famotidine (pf)	32
erythromycin lactobionate	62	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	32
		FANAPT	87

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

FASENRA PEN	103	FLEET PEDIATRIC	110
febuxostat	16	fluconazole	71
feirza	36	fluconazole in nacl (iso-osm)	71
felbamate	65	flucytosine	71
felodipine	20	fludarabine	76
FEMLYV	36	fludrocortisone	41
fenofibrate	20	flunisolide	103
fenofibrate micronized	20	fluocinolone	30
fenofibrate nanocrystallized	20	fluocinolone acetonide oil	15
fentanyl	56	fluocinolone and shower cap	30
fentanyl citrate	56	fluorometholone	50
fentanyl citrate (pf)	56	fluorouracil	30, 76
fesoterodine	33	fluoxetine	68
FETZIMA	68	fluphenazine decanoate	87
FEVERALL	109	fluphenazine hcl	87
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	98	flurbiprofen	56
FIASP PENFILL U-100 INSULIN	98	flurbiprofen sodium	50
FIASP U-100 INSULIN	99	fluticasone propion-salmeterol	103
fiber (calcium polycarbophil)	109	fluticasone propionate	30, 103
fiber laxative (ca polycarbo)	109	fluvastatin	20
fiber laxative(methylcellulos)	109	fluvoxamine	69
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	109	FOLIKA-BC	110
fiber therapy (m-cellulose)	110	FOLOTYN	76
fiber-lax	110	FORTEO	25
finasteride	33	fosamprenavir	90
fingolimod	28	fosinopril	20
FINTEPLA	65	fosinopril-hydrochlorothiazide	20
FIRDAPSE	28	fosphenytoin	65
FIRMAGON	42	FOTIVDA	76
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	42	FRUZAQLA	76
flecainide	20	full spectrum b-vitamin c	110
FLEET ENEMA	110	furosemide	20
FLEET GLYCERIN LAXATIVE	110	FUZEON	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 05/09/2025.

FYARRO	76	glyburide micronized	99
FYCOMPA	65	glyburide-metformin	99
G			
gabapentin	65	glycerin (adult)	110
galantamine	15	glycerin (child)	110
gallifrey	36	glycopyrrolate	32
GAMUNEX-C	46	GLYXAMBI	99
GARDASIL 9 (PF)	46	GOMEKLI	77
GAUZE BANDAGE	54	GRAFAPEX	77
GAUZE PAD	54	granisetron hcl	70
gavilax	110	griseofulvin microsize	71
gavilyte-c	32	griseofulvin ultramicrosize	71
gavilyte-g	32	guaifenesin	110
gavilyte-n	32	guanfacine	21, 28
H			
GAVRETO	76	HAEGARDA	46
GAZYVA	76	hailey	36
gefitinib	76	hailey 24 fe	36
gemcitabine	77	hailey fe 1.5/30 (28)	36
gemfibrozil	21	hailey fe 1/20 (28)	36
generlac	32	HALAVEN	77
gentamicin	50, 62	haloette	36
gentamicin in nacl (iso-osm)	62	haloperidol	87
gentle laxative (bisacodyl)	110	haloperidol decanoate	87
GENVOYA	90	haloperidol lactate	87
GILOTRIF	77	HAVRIX (PF)	46
glatiramer	28	headache relief (asa-acet-caf)	110
glatopa	28	healthylax	110
GLEOSTINE	77	heartburn relief	110
glimepiride	99	heartburn relief (famotidine)	110
glipizide	99	heather	36
glipizide-metformin	99	heparin (porcine)	97
glucose gel	110	heparin, porcine (pf)	97
glyburide	99	HEPLISAV-B (PF)	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 05/09/2025.

her style	110	hydroxyurea	77
HIBERIX (PF)	46	hydroxyzine hcl	59
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	99	hydroxyzine pamoate	103
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	99	HYFTOR	30
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	99	I	
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	99	ibandronate	25
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	99	IBRANCE	77
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	99	ibu	56
HUMALOG U-100 INSULIN	99	ibuprofen	56, 57, 110
HUMATIN	62	icatibant	46
HUMIRA	46	iclevia	36
HUMIRA PEN	46	ICLUSIG	77
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	46	idarubicin	77
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	46	IDHIFA	77
HUMIRA(CF)	46	ifosfamide	77
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	46	ILEVRO	50
HUMIRA(CF) PEN	46	imatinib	77
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	46	IMBRUVICA	77
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	46	IMDELLTRA	77
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	46	IMFINZI	77
HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	99	imipenem-cilastatin	62
HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	99	imipramine hcl	69
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	99	imipramine pamoate	69
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	99	imiquimod	30
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	99	IMJUDO	77
hydralazine	21	IMKELDI	77
hydrochlorothiazide	21	IMLYGIC	77
hydrocodone-acetaminophen	56	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	46
hydrocodone-ibuprofen	56	INBRIJA	18
hydrocortisone	25, 30	incassia	36
hydrocortisone-acetic acid	15	INCONTROL ALCOHOL PADS	54
hydromorphone	56	INCRELEX	40
hydroxychloroquine	85	indapamide	21

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

indomethacin	57	isoniazid	72
INFANRIX (DTAP) (PF)	46	isosorbide dinitrate	21
infant pain reliever	110	isosorbide mononitrate	21
infant's acetaminophen	110	isosorbide-hydralazine	21
infants' pain and fever	110	isotretinoin	30
INLYTA	77	ISTODAX	78
INQOVI	78	ITOVEBI	78
INREBIC	78	itraconazole	71
INSULIN LISPRO	99	IV PREP WIPES	54
INSULIN SYRINGE	54	ivermectin	85
INSULIN SYRINGE MICROFINE	54	IVRA	78
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	54	IWILFIN	78
INSULIN U-500 SYRINGE-NEEDLE	54	IXCHIQ (PF)	46
INTELENCE	90	IXEMPRA	78
INTRALIPID	94	IXIARO (PF)	46
INVEGA HAFYERA	87	J	
INVEGA SUSTENNA	87	JAKAFI	78
INVEGA TRINZA	87	jantoven	97
INVOKAMET	99	JANUMET	100
INVOKAMET XR	100	JANUMET XR	100
INVOKANA	100	JANUVIA	100
IONOSOL-MB IN D5W	94	JARDIANCE	100
IPOL	46	jasmiel (28)	36
ipratropium bromide	103	JAYPIRCA	78
ipratropium-albuterol	103	JEMPERLI	78
irbesartan	21	jencycla	36
irbesartan-hydrochlorothiazide	21	JENTADUETO	100
irinotecan	78	JENTADUETO XR	100
ISENTRESS	90	JEVTANA	78
ISENTRESS HD	90	juleber	36
isibloom	36	JULUCA	90
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	94	junel 1.5/30 (21)	36
ISOLYTE-S	94	junel 1/20 (21)	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 05/09/2025.

junel fe 1.5/30 (28)	36	kurvelo (28)	36
junel fe 1/20 (28)	36	KYPROLIS	78
junel fe 24	36	L	
JYLAMVO	46	l norgest/e.estradiol-e.estrad	36
JYNNEOS (PF)	46	labetalol	21
K		lacosamide	65
KABIVEN	94	lactated ringers	54, 94
KADCYLA	78	lactulose	32
kalliga	36	lamivudine	91
KALYDECO	103	lamivudine-zidovudine	91
KANJINTI	78	lamotrigine	65, 66
kariva (28)	36	LAMPIT	85
kelnor 1/35 (28)	36	lanreotide	43
kelnor 1/50 (28)	36	lansoprazole	32
KERENDIA	21	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	100
KESIMPTA PEN	28	LANTUS U-100 INSULIN	100
ketoconazole	71	lapatinib	78
ketorolac	50, 57	larin 1.5/30 (21)	36
KEYTRUDA	78	larin 1/20 (21)	36
KIMMTRAK	78	larin 24 fe	36
KINRIX (PF)	47	larin fe 1.5/30 (28)	36
kionex (with sorbitol)	94	larin fe 1/20 (28)	36
KISQALI	78	latanoprost	50
KISQALI FEMARA CO-PACK	78	laxative (bisacodyl)	110
klayesta	71	laxative (sennosides)	110
KLOR-CON 10	94	LAZCLUZE	78, 79
KLOR-CON 8	94	leena 28	36
klor-con m10	94	leflunomide	47
KLOR-CON M15	94	lenalidomide	79
klor-con m20	94	LENVIMA	79
KLOXXADO	26	lessina	37
KOSELUGO	78	letrozole	79
KRAZATI	78	leucovorin calcium	79

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



LEUKERAN	79	liothyronine	42
leuprolide	43	lisinopril	21
leuprolide (3 month)	43	lisinopril-hydrochlorothiazide	21
levetiracetam	66	lithium carbonate	51
levetiracetam in nacl (iso-os)	66	lithium citrate	51
LEVO-T	42	LIVTENCITY	91
levobunolol	50	lo-zumandimine (28)	37
levocarnitine	94	LOCOID LIPOCREAM	30
levocarnitine (with sugar)	95	LOESTRIN 1.5/30 (21)	37
levocetirizine	103	LOESTRIN 1/20 (21)	37
levofloxacin	62	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	37
levofloxacin in d5w	62	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	37
levoleucovorin calcium	79	lojaimiess	37
levonest (28)	37	LOKELMA	95
levonorg-eth estrad triphasic	37	LONSURF	79
levonorgestrel	110	loperamide	32, 110
levonorgestrel-ethinyl estrad	37	lopinavir-ritonavir	91
levora-28	37	LOQTORZI	79
levothyroxine	42	loratadine	110
LEVOXYL	42	lorazepam	59
LEXIVA	91	lorazepam intensol	59
LIBERVANT	66	LORBRENA	79
LIBTAYO	79	loryna (28)	37
lidocaine	58	losartan	21
lidocaine hcl	58	losartan-hydrochlorothiazide	21
lidocaine viscous	58	lovastatin	21
lidocaine-prilocaine	58	low-ogestrel (28)	37
lincomycin	62	loxapine succinate	87
lindane	30	lubiprostone	32
linezolid	62	LUMAKRAS	79
linezolid in dextrose 5%	63	LUMIGAN	50
linezolid-0.9% sodium chloride	63	LUNSUMIO	79
LINZESS	32	LUPRON DEPOT	43

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

LUPRON DEPOT (3 MONTH)	43	MARPLAN	69
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	43	MATULANE	79
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	43	meclizine	70, 111
LUPRON DEPOT-PED	43	medroxyprogesterone	37
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	43	mefloquine	86
lurasidone	87	megestrol	37
lurbipr	57	MEKINIST	79
lutera (28)	37	MEKTOVI	79
LYBALVI	87	meloxicam	57
lyleq	37	melphalan	80
lyllana	37	melphalan hcl	80
LYNPARZA	79	memantine	15
LYSODREN	79	MENACTRA (PF)	47
LYTGOBI	79	MENEST	37
LYUMJEV KWIKPEN U-100 INSULIN	100	MENQUADFI (PF)	47
LYUMJEV KWIKPEN U-200 INSULIN	100	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	47
LYUMJEV U-100 INSULIN	100	mercaptopurine	80
lyza	37	meropenem	63
		meropenem-0.9% sodium chloride	63
		mesalamine	26
		mesna	80
		MESNEX	80
		metformin	100
		methadone	57
		methazolamide	50
		methenamine hippurate	63
		methimazole	44
		methocarbamol	102
		methotrexate sodium	47
		methotrexate sodium (pf)	47
		methsuximide	66
		methyl dopa	21
		methyl dopa-hydrochlorothiazide	21

M

m-dryl	110
M-M-R II (PF)	47
m-natal plus	95
m-pap	110
mag-al plus	110
mag-al plus extra strength	111
magnesium hydroxide	111
magnesium oxide	111
magnesium sulfate	95
magnesium sulfate in d5w	95
malathion	30
maraviroc	91
MARGENZA	79
marlissa (28)	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 05/09/2025.

methylphenidate hcl	28	mirtazapine	69
methylprednisolone	41	misoprostol	32
methylprednisolone acetate	41	mitomycin	80
methylprednisolone sodium succ	41	mitoxantrone	80
metoclopramide hcl	70	modafinil	52
metolazone	21	moexipril	22
metoprolol succinate	21	molindone	88
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	21	mometasone	31
metoprolol tartrate	22	mondoxyne nl	63
metronidazole	63	mono-linyah	38
metronidazole in nacl (iso-os)	63	montelukast	103, 104
metyrosine	22	morphine	57
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	71	morphine concentrate	57
miconazole nitrate	111	motion sickness	111
miconazole-3	71, 111	motion sickness (meclizine)	111
miconazole-7	111	motion sickness relief	111
microgestin 1.5/30 (21)	37	motion sickness relief(mecliz)	111
microgestin 1/20 (21)	37	motion-time	111
microgestin 24 fe	37	MOUNJARO	100
microgestin fe 1.5/30 (28)	37	MOVANTIK	32
microgestin fe 1/20 (28)	37	moxifloxacin	50, 63
midodrine	22	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	63
mifepristone	54	MRESVIA (PF)	47
migraine formula	111	mucinex fast-max chest-congest	111
migraine relief	111	MULTAQ	22
mili	38	mupirocin	31
milk of magnesia	111	MUTAMYCIN	80
milk of magnesia concentrated	111	MVASI	80
minocycline	63	my choice	111
minoxidil	22	my way	111
mintox maximum strength	111	mycophenolate mofetil	47
mintox plus	111	mycophenolate mofetil (hcl)	47
MIRENA	54	mycophenolate sodium	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 05/09/2025.

MYLOTARG	80	NEONATAL COMPLETE	95
MYRBETRIQ	33	NEONATAL PLUS VITAMIN	95
N			
nabumetone	57	NEONATAL-DHA	95
nafcillin	63	nephro vitamins	112
nafcillin in dextrose iso-osm	63	NEPHRO-VITE	112
naloxone	26, 111	NEPHRONEX	112
naltrexone	26	NERLYNX.....	80
NAMZARIC	15	nevirapine	91
NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	54	new day	112
NANO PEN NEEDLE	54	NEXPLANON	38
naproxen	57	niacin	22
naproxen sodium	57, 111	niacor	22
naratriptan	17	nicotine	112
NARCAN	111	nicotine (polacrilex)	112
nasal decongestant (pseudoeph)	111	NICOTROL NS	26
nasal moisturizing	111	nifedipine	22
nasal spray (sodium chloride)	111	nikki (28).....	38
NATACYN	50	nilotinib hcl	80
nateglinide	100	nilutamide	80
nausea relief	112	nimodipine	22
NAYZILAM	66	NINLARO	80
nebivolol	22	nitazoxanide	86
necon 0.5/35 (28)	38	nitisinone	105
nefazodone	69	nitrofurantoin macrocrystal	63
nelarabine	80	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	63
neo-vital rx	95	nitroglycerin	22, 55
neomycin	63	NITROSTAT	22
neomycin-bacitracin-poly-hc	50	NIVESTYM	97
neomycin-bacitracin-polymyxin	50	nizatidine	32
neomycin-polymyxin b-dexameth	50	NORA-BE	38
neomycin-polymyxin-gramicidin	50	norelgestromin-ethin.estradiol	38
neomycin-polymyxin-hc	15, 50	noreth-ethinyl estradiol-iron	38
		norethindrone (contraceptive)	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 05/09/2025.

norethindrone ac-eth estradiol	38	nystatin	72
norethindrone acetate	38	nystatin-triamcinolone	72
norethindrone-e.estradiol-iron	38	nystop	72
norgestimate-ethinyl estradiol	38	O	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	95	ocella	38
nortrel 0.5/35 (28)	38	octreotide acetate	43
nortrel 1/35 (21)	38	octreotide,microspheres	43
nortrel 1/35 (28)	38	ODEFSEY	91
nortrel 7/7/7 (28)	38	ODOMZO	80
nortriptyline	69	OFEV	104
NORVIR	91	ofloxacin	15, 50, 63
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	100	OGSIVEO	80
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	100	OJEMDA	80
NOVOLIN N FLEXPEN	100	OJJAARA	80
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	100	olanzapine	88
NOVOLIN R FLEXPEN	100	olmesartan	22
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	100	olmesartan-hydrochlorothiazide	22
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	101	olopatadine	50
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	101	omega-3 acid ethyl esters	22
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	101	omeprazole	32
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	101	OMNITROPE	40
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	101	ONCASPAR	80
NOVOPEN ECHO	55	ondansetron	70
NUBEQA	80	ondansetron hcl	70
NUCALA	104	ondansetron hcl (pf)	70
NUEDEXTA	28	ONIVYDE	80
NUPLAZID	88	ONUREG	80
NUTRILIPID	95	OPDIVO	80
NUTRISOURCE FIBER	112	OPDIVO QVANTIG	80
nyamyc	71	OPDUALAG	80
nylia 1/35 (28)	38	OPIPZA	88
nylia 7/7/7 (28)	38	OPSUMIT	104
nymyo	38	OPSYNVI	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 05/09/2025.

option-2	112	PAXLOVID	91
OPVEE	26	pazopanib	81
ORACIT	105	PEDIA-LAX	112
ORGOVYX	80	pedia-lax stool softener	112
ORSERDU	81	PEDIARIX (PF)	47
oseltamivir	91	PEDVAX HIB (PF)	47
OSPHENA	38	peg 3350-electrolytes	32
oxaliplatin	81	peg-electrolyte soln	32
oxandrolone	38	PEGASYS	47
oxcarbazepine	66	PEMAZYRE	81
oxybutynin chloride	33	pemetrexed	81
oxycodone	57	pemetrexed disodium	81
oxycodone-acetaminophen	57, 58	PEMRYDI RTU	81
OZEMPIC	101	PEN NEEDLE, DIABETIC	55
P			
PACERONE	22	PENBRAYA (PF)	47
paclitaxel	81	penicillamine	95
paclitaxel protein-bound	81	penicillin g potassium	63
PADCEV	81	penicillin g sodium	63
pain relief (acetaminophen)	112	penicillin v potassium	63
pain relief es (acetaminophen)	112	PENTACEL (PF)	47
pain reliever (acetaminophen)	112	pentamidine	86
pain reliever es(acetaminophn)	112	pentoxifylline	22
pain reliever plus	112	PERIKABIVEN	95
paliperidone	88	perindopril erbumine	22
pamidronate	25	periogard	29
PANRETIN	81	PERJETA	81
pantoprazole	32	permethrin	31
pantoprazole in 0.9% sod chlor	32	perphenazine	88
paraplatin	81	perphenazine-amitriptyline	69
paricalcitol	25	pfizerpen-g	63
paromomycin	63	phenelzine	69
paroxetine hcl	69	phenobarbital	66
		PHENYTEK	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 05/09/2025.

phenytoin	66	potassium chloride in lr-d5	95
phenytoin sodium	66	potassium chloride in water	95
phenytoin sodium extended	66	potassium chloride-0.45 % nacl	95
phytonadione (vitamin k1)	105	potassium chloride-d5-0.2%nacl	95
PIFELTRO	91	potassium chloride-d5-0.9%nacl	96
pilocarpine hcl	29, 50	potassium citrate	96
pimecrolimus	31	POTELIGEO	81
pimozide	88	pr natal 400	96
pimtrea (28)	38	pr natal 400 ec	96
pinaway	112	pr natal 430	96
pink bismuth	112	pr natal 430 ec	96
pinworm treatment	112	pralatrexate	81
pioglitazone	101	pramipexole	18
piperacillin-tazobactam	63	prasugrel hcl	97
PIQRAY	81	pravastatin	22, 23
pirfenidone	104	praziquantel	86
piroxicam	58	prazosin	23
PLASMA-LYTE 148	95	prednisolone	41
PLASMA-LYTE A	95	prednisolone acetate	51
podofilox	31	prednisolone sodium phosphate	41, 51
POLIVY	81	prednisone	41
polycin	51	prednisone intensol	41
polyethylene glycol 3350	112	pregabalin	28
polymyxin b sulf-trimethoprim	51	PREMARIN	38
polymyxin b sulfate	63	PREMASOL 10 %	96
POMALYST	81	PRENATA	96
portia 28	38	PRENATABS FA	96
PORTRAZZA	81	prenatal plus (calcium carb)	96
posaconazole	72	prenatal plus vitamin-mineral	96
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	95	PRENATE ELITE	96
potassium chloride	95	prevalite	23
potassium chloride in 0.9%nacl	95	PREVYMIS	91
potassium chloride in 5 % dex	95	PREZCOBIX	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 05/09/2025.

PREZISTA	91	PURIXAN	81
PRIFTIN	72	pyrazinamide	72
primaquine	86	pyridostigmine bromide	16
primidone	66	pyridoxine (vitamin b6)	106
PRIMSOL	63	pyrimethamine	86
PRIORIX (PF)	47	Q	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	55	QINLOCK	81
probenecid	16	QUADRACEL (PF)	47
probenecid-colchicine	16	quetiapine	88
procainamide	23	quinapril	23
prochlorperazine	70	quinapril-hydrochlorothiazide	23
prochlorperazine edisylate	70	quinidine sulfate	23
prochlorperazine maleate	70	quinine sulfate	86
procto-med hc	31	QULIPTA	17
proctosol hc	31	R	
proctozone-hc	31	RABAVERT (PF)	47
progesterone	38	RADICAVA ORS	28
progesterone micronized	39	RADICAVA ORS STARTER KIT SUSP	28
PROGRAF	47	RALDESY	69
PROLIA	25	raloxifene	39
PROMACTA	97, 98	ramipril	23
promethazine	70	ranolazine	23
promethazine-codeine	106	rasagiline	18
propafenone	23	ready-to-use enema	112
proparacaine	51	reclipsen (28)	39
propranolol	23	RECOMBIVAX HB (PF)	47
propranolol-hydrochlorothiazid	23	reese's pinworm medicine	112
propylthiouracil	44	RELENZA DISKHALER	91
PROQUAD (PF)	47	rena-vite	112
protriptyline	69	rena-vite rx	112
pseudoephedrine hcl	112	renal vitamin	112
PULMOZYME	104	reno caps	112
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	55	repaglinide	101

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

REPATHA PUSHTRONEX	23	ROTARIX	48
REPATHA SURECLICK	23	ROTATEQ VACCINE	48
REPATHA SYRINGE	23	roweepra	66
RETACRIT	98	roweepra xr	66
RETEVMO	81, 82	ROZLYTREK	82
RETROVIR	92	RUBRACA	82
REVUFORJ	82	rufinamide	66
REXULTI	88	RUKOBIA	92
REYATAZ	92	RUXIENCE	82
REZLIDHIA	82	RYBELSUS	101
RHOPRESSA	51	RYBREVANT	82
RIABNI	82	RYDAPT	82
ribavirin	92	RYLAZE	82
rifabutin	72	RYTELO	82
rifampin	72	S	
riluzole	28	sajazir	48
rimantadine	92	saline mist	112
ringer's	55, 96	saline nasal	113
RINVOQ	48	saline nasal mist	113
RINVOQ LQ	48	saline nose	113
risedronate	25	SANDIMMUNE	48
RISPERDAL CONSTA	88	SANDOSTATIN LAR DEPOT	43
risperidone	88	SANTYL	31
ritonavir	92	sapropterin	105
rivaroxaban	98	SARCLISA	82
rivastigmine tartrate	15	saxagliptin	101
rizatriptan	17	SCEMBLIX	82
ROCKLATAN	51	scopolamine base	70
roflumilast	104	se-natal 19 chewable	96
romidepsin	82	SECUADO	88
ROMVIMZA	82	selegiline hcl	18
ropinirole	18	SELZENTRY	92
rosuvastatin	23	senexon-s	113

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

senna	113	sodium chloride 0.9 %	96
senna lax	113	sodium chloride 3 % hypertonic	96
senna laxative	113	sodium chloride 5 % hypertonic	96
senna leaf extract	113	sodium citrate-citric acid	113
senna plus	113	sodium oxybate	52
senna-s	113	sodium phenylbutyrate	105
senna-time s	113	sodium polystyrene sulfonate	96
sennosides	113	sodium,potassium,mag sulfates	32
sennosides-docusate sodium	113	solifenacin	33
SENOKOT	113	SOLQUA 100/33	101
SENOKOT EXTRA STRENGTH	113	SOLTAMOX	82
SENOKOT KIDS	113	SOLU-MEDROL	41
SENOKOT-S	113	SOLU-MEDROL (PF)	41
sertraline	69	SOMAVERT	43
setlakin	39	sorafenib	82
sharobel	39	SORBITOL	113
SHINGRIX (PF)	48	sorine	23
SIGNIFOR	43	sotalol	23
sildenafil (pulm.hypertension)	104	sotalol af	23
silodosin	33	SPIRIVA RESPIMAT	104
silver sulfadiazine	31	SPIRIVA WITH HANDIHALER	104
SIMBRINZA	51	spironolacton-hydrochlorothiaz	23
simliya (28)	39	spironolactone	23
simvastatin	23	sprintec (28)	39
sirolimus	48	SPRITAM	66, 67
SIRTURO	72	SPRYCEL	82
SKYRIZI	48	SPS (WITH SORBITOL)	96
SMOFLIPID	96	sronyx	39
smooth antacid	113	SSD	31
sodium bicarbonate	96, 113	stavudine	92
SODIUM BICARBONATE (BULK)	106, 113	STELARA	48
sodium chloride	55, 96	stimulant laxative plus	113
sodium chloride 0.45 %	96	STIOLTO RESPIMAT	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 05/09/2025.

STIVARGA	82	SYMPAZAN	67
stomach relief	113	SYMTUZA	92
stool softener	113	SYNJARDY	101
stool softener (docusate cal)	113	SYNJARDY XR	101
stool softener-laxative	113	SYNRIBO	82
stool softener-stimulant laxat	114	SYNTHROID	42
STRENSIQ	105	T	
streptomycin	63	TABLOID	82
STRIBILD	92	TABRECTA	82
STRIVERDI RESPIMAT	104	tacrolimus	31, 48
subvenite	67	tadalafil	33
subvenite starter (blue) kit	67	tadalafil (pulm. hypertension)	104
subvenite starter (green) kit	67	TAFINLAR	82
subvenite starter (orange) kit	67	TAGRISSO	82
sucralfate	32, 33	TALICIA	33
sudogest	114	TALVEY	83
SUFLAVE	33	TALZENNA	83
sulfacetamide sodium	51, 64	tamoxifen	83
sulfacetamide-prednisolone	51	tamsulosin	33
sulfadiazine	64	tarina 24 fe	39
sulfamethoxazole-trimethoprim	64	tarina fe 1-20 eq (28)	39
sulfasalazine	26	tarina fe 1/20 (28)	39
sulindac	58	TASIGNA	83
sumatriptan	17	tasimelteon	52
sumatriptan succinate	17	tazarotene	31
sunitinib malate	82	taztia xt	23
SUNLENCA	92	TAZVERIK	83
suphedrin	114	TDVAX	48
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	55	TECENTRIQ	83
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	55	TECENTRIQ HYBREZA	83
SUTAB	33	TECVAYLI	83
syeda	39	TEFLARO	64
SYMBICORT	104	telmisartan	23

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

telmisartan-amlodipine	24	TIVDAK	83
temazepam	52	TIVICAY	92
temsirolimus	83	TIVICAY PD	92
TENIVAC (PF)	48	tizanidine	16
tenofovir disoproxil fumarate	92	tobramycin	51
TEPMETKO	83	tobramycin in 0.225 % nacl	64
terazosin	24	tobramycin sulfate	64
terbinafine hcl	72	tobramycin-dexamethasone	51
terconazole	72	tolterodine	34
teriflunomide	28	topiramate	67
testosterone	39	topotecan	83
testosterone cypionate	39	toremifene	83
testosterone enanthate	39	torpenz	83
tetrabenazine	28	torseamide	24
TEVIMBRA	83	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	101
THALOMID	83	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	101
theophylline	104	TPN ELECTROLYTES	96
thiamine hcl (vitamin b1)	106	TRADJENTA	101
thioridazine	88	tramadol	58
thiotepa	83	trandolapril	24
thiothixene	89	tranexamic acid	98
tiadylt er	24	tranylcyproline	69
tiagabine	67	TRAVASOL 10 %	96
TIBSOVO	83	travoprost	51
ticagrelor	98	TRAZIMERA	83
TICOVAC	48	trazodone	69
tigecycline	64	TRECTOR	73
tilia fe	39	TRELEGY ELLIPTA	104
timolol maleate	24, 51	TRELSTAR	43
tinidazole	64	TREMFYA	48
tioconazole	114	TREMFYA PEN	48
tioconazole-1	114	TREMFYA PEN INDUCTION PK-CROHN	48
TIROSINT-SOL	42	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	101

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

TRESIBA FLEXTOUCH U-200	101	trivora (28)	39
TRESIBA U-100 INSULIN	101	TRIZIVIR	92
tretinoin	31	TRODELVY	83
tretinoin (antineoplastic)	83	TROGARZO	92
tri-buffered aspirin	114	TROPHAMINE 10 %	96
tri-estarylla	39	trosipium	34
tri-legest fe	39	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	55
tri-linyah	39	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	55
tri-lo-estarylla	39	trueplus glucose	114
tri-lo-marzia	39	TRULICITY	101
tri-lo-mili	39	TRUMENBA	48
tri-lo-sprintec	39	TRUQAP	83
tri-mili	39	TUKYSA	83
tri-nymyo	39	tulana	39
tri-sprintec (28)	39	TURALIO	83
tri-vylibra	39	turqoz (28)	39
tri-vylibra lo	39	tusnel diabetic	114
triamcinolone acetonide	29, 41	tusnel-ex	114
triamterene-hydrochlorothiazid	24	tussin dm	114
triderm	41	tussin dm clear	114
trientine	96	tussin mucus-chest congestion	114
trifluoperazine	89	TWINRIX (PF)	48
trifluridine	51	TYBOST	92
trihexyphenidyl	18	TYMLOS	25
TRIJARDY XR	101	TYPHIM VI	48, 49
TRIKAFTA	104	U	
trimethoprim	64	UBRELVY	17
trimipramine	69	UDENYCA	98
trinatal rx 1	96	UDENYCA AUTOINJECTOR	98
TRINTELLIX	69	UDENYCA ONBODY	98
TRISENOX	83	ULTILET ALCOHOL SWAB	55
TRIUMEQ	92	ULTRA-FINE INS SYR (HALF UNIT)	55
TRIUMEQ PD	92	ULTRA-FINE INSULIN SYRINGE	55

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

ULTRA-FINE PEN NEEDLE	55	vestura (28)	40
UNITHROID	42	vienva	40
UNITUXIN	83	vigabatrin	67
ursodiol	33	vigadrone	67
V			
valacyclovir	92	VIGAFYDE	67
VALCHLOR	83	vigpoder	67
valganciclovir	92	VIIBRYD	69
valproate sodium	67	vilazodone	69
valproic acid	67	VIMKUNYA	49
valproic acid (as sodium salt)	67	vinblastine	84
valsartan	24	vincasar pfs	84
valsartan-hydrochlorothiazide	24	vincristine	84
VALTOCO	67	vinorelbine	84
valtya	40	viorele (28)	40
vancomycin	64	VIRACEPT	92
VANFLYTA	84	VIREAD	92
VAQTA (PF)	49	virt-nate dha	96
varenicline tartrate	26	vitamin d2	106
VARIVAX (PF)	49	vitamin k1	106
VASCEPA	24	VITRAKVI	84
VAXCHORA VACCINE	49	VIVITROL	26
VECTIBIX	84	VIVOTIF	49
velivet triphasic regimen (28)	40	VIZIMPRO	84
VEMLIDY	92	VOCABRIA	92
VENCLEXTA	84	volnea (28)	40
VENCLEXTA STARTING PACK	84	VONJO	84
venlafaxine	69	VORANIGO	84
VENTOLIN HFA	104	voriconazole	72
verapamil	24	VOSEVI	93
VERQUVO	24	VOWST	33
VERSACLOZ	89	VRAYLAR	89
VERZENIO	84	VUMERITY	28
		vylibra	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 05/09/2025.

VYLOY	84	XTANDI	84, 85
VYNDAMAX	105	xulane	40
VYVGART	16		Y
VYVGART HYTRULO	16	YERVOY	85
VYXEOS	84	YF-VAX (PF)	49
	W	YONDELIS	85
warfarin	98		Z
water for irrigation, sterile	55	zafemy	40
WEBCOL	55	zafirlukast	105
WELIREG	105	zaleplon	52
wera (28)	40	ZALTRAP	85
wesnata dha complete	97	ZANOSAR	85
wesnate dha	97	zarah	40
westab plus	97	ZARXIO	98
wixela inhub	104	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	102
women's gentle laxative(bisac)	114	ZEGALOGUE SYRINGE	102
wymzya fe	40	ZEJULA	85
	X	ZELBORAF	85
XALKORI	84	ZEMAIRA	105
xarah fe	40	zenatane	31
XARELTO	98	ZEPZELCA	85
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	98	ZEVALIN (Y-90)	55
XATMEP	49	zidovudine	93
XCOPRI	67	ZIIHERA	85
XCOPRI MAINTENANCE PACK	67	ziprasidone hcl	89
XCOPRI TITRATION PACK	67	ziprasidone mesylate	89
XDEMZY	55	ZIRABEV	85
xelria fe	40	ZIRGAN	93
XGEVA	25	zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
XIFAXAN	33	zoledronic acid	25
XOLAIR	49	zoledronic acid-mannitol-water	25
XOSPATA	84	ZOLINZA	85
XPOVIO	84	zolpidem	52

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



Este formulario fue actualizado el 05/09/2025.

ZONISADE	67
zonisamide	67
zovia 1-35 (28)	40
ZTALMY	68
ZUBSOLV	26
zumandimine (28)	40
ZURZUVAE	69, 70
ZYDELIG	85
ZYKADIA	85
ZYNLONTA	85
ZYNYZ	85
ZYPITAMAG	24
ZYPREXA RELPREVV	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 05/09/2025.

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.....	52
.....	16	.....	52
Miastenia grave.....	16	Dolor.....	56
Migrañas.....	17	Dolor local.....	58
.....	17	Ansiedad.....	58
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	18	Infecciones bacterianas.....	59
.....	24	Convulsiones.....	64
.....	25	Depresión.....	68
.....	26	Nausea y vómitos.....	70
Enfermedades del sistema nervioso.....	27	Infecciones por hongos.....	71
Enfermedades orales y dentales.....	29	Tuberculosis.....	72
Enfermedades de la piel.....	29	Cáncer.....	73
Enfermedades gastrointestinales.....	31	Infecciones por parásitos.....	85
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33	Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....	86
Desbalance de hormonas sexuales.....	34	Infecciones virales.....	89
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40	Deficiencias de vitaminas.....	93
.....	41	.....	97
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42	Diabetes.....	98
.....	42	.....	102
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44	.....	102
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44	.....	102

.....105

.....105

.....106



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

Llámenos si nos necesita

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

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

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

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

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

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

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

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 05/09/2025. 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[®]