

2024

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

Humana Gold Plus
Integrated H0336-001
(Plan Medicare-Medicaid)

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/02/2024. **MENSAJE IMPORTANTE SOBRE LO QUE USTED PAGA POR LAS VACUNAS** – ALGUNAS VACUNAS SE CONSIDERAN BENEFICIOS MÉDICOS. OTRAS VACUNAS SE CONSIDERAN MEDICAMENTOS DE LA PARTE D. NUESTRO PLAN CUBRE LA MAYORÍA DE LAS VACUNAS DE LA PARTE D SIN COSTO PARA USTED. 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 ESPAÑOL.HUMANA.COM.

Humana[®]

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2024

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?	10
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	11
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?	12
B15. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?	12
B16. ¿Cuál es mi copago?	12
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C. Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos	13
C1. Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica	13
D. Índice de medicamentos cubiertos	118



Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2024

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 es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.
- 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.

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 la página 13, son los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar juntos y proveerle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

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

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

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

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

- Determinar si exigir o no exigir autorización previa (AP) o aprobación para un medicamento. (Aprobación previa es el permiso de Humana Gold Plus Integrated antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

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

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



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.

-
- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.
 - 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:

- **Se dispone de un medicamento genérico nuevo.** A veces aparece un medicamento nuevo más económico que tiene la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento actual, pero el costo del nuevo medicamento se mantendrá igual. Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento actual en la lista, pero cambiar las reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que esto ocurra.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación 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.



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**.

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 14. 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 13 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.



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 118.

Para buscar por afección médica, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 159. 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.
- Esto se agrega al suministro temporal durante los primeros 90 días en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.



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).

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

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

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.



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**.

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.

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.



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.

B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

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

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

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

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

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

B16. ¿Cuál es mi copago?

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

B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

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

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



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 118. 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.

 **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).

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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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)
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

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
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA, QL (1 cada 28 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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)
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
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)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(480 cada 30 días)
<i>ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
<i>naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>rizatriptan 10 mg 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>rizatriptan 5 mg TABLET</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 TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
<i>sumatriptan succinate 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)
<i>topiramate 100 mg, 200 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>topiramate 25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>topiramate 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bromocriptine 2.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
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 TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 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)	PA,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)	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION ^{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 TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
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)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>chlorthalidone 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light 4 gram POWDER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
<i>clonidine hcl 0.1 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol 1 gram TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>colestipol 5 gram GRANULES</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
<i>colestipol 5 gram PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
<i>ENTRESTO SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG PELLETT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
<i>ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ezetimibe 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>fenofibrate 160 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>fenofibrate 54 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
<i>fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
<i>fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide 20 mg, 40 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>furosemide 80 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gemfibrozil 600 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>guanfacine 1 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>guanfacine 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, 75 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>irbesartan 300 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivabradine 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>labetalol 5 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril 30 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lovastatin 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metyrosine 250 mg CAPSULE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
<i>nebivolol 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>nebivolol 20 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET ^{MO}	\$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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>niacin</i> 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>niacor</i> 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedipine</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>nifedipine</i> 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>nimodipine</i> 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nimodipine</i> 60 mg/20 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2838 cada 28 días)
<i>nitroglycerin</i> 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin</i> 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin</i> 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin</i> 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)	
<i>olmesartan</i> 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>olmesartan</i> 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>olmesartan</i> 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>olmesartan-hydrochlorothiazide</i> 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>omega-3 acid ethyl esters</i> 1 gram CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pacerone</i> 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PACERONE 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>pentoxifylline</i> 400 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine</i> 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pravastatin</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>prazosin</i> 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>prevalite</i> 4 gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>prevalite</i> 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>procainamide</i> 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone</i> 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone</i> 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>propafenone</i> 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol</i> 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol</i> 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol</i> 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol-hydrochlorothiazid</i> 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 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)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
VERQUVO 10 MG, 2.5 MG, 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
ibandronate 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 21 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(12 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)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic ac-mannitol-0.9nacl 4 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 4 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 365 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balsalazide 750 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA MO	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
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)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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)
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)	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas Medicamentos de venta sin receta médica Medicamentos de venta sin receta médica

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE ^{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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 2.5 mg, 20 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 15 mg, 5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 20 mg, 25 mg, 30 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PK(TARDIV) 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>pregabalin 20 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>riluzole 50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(55 cada 28 días)
SKYCLARYS 50 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>tetrabenazine 12.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>tetrabenazine 25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

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>kourzeq 0.1 % PASTE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>oralone 0.1 % PASTE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>paroex oral rinse 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>accutane 40 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>acitretin 10 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>acitretin 17.5 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>acitretin 25 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>adapalene 0.3 % GEL MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
<i>adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
<i>ammonium lactate 12 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ammonium lactate 12 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amneesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>amneesteem 40 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>claravis 40 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % GEL MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>clindamycin phosphate 1 % SWAB MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clobetasol 0.05 % CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>clobetasol 0.05 % GEL MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % LOTION MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 28 días)
<i>clobetasol 0.05 % OINTMENT MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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 0.01 %, 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 CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>isotretinoin 40 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>lindane 1 % SHAMPOO</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>malathion 0.5 % LOTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mometasone 0.1 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>mometasone 0.1 % OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>mometasone 0.1 % SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>mupirocin 2 % OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>myorisan 40 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>OTEZLA 20 MG TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>OTEZLA 30 MG TABLET</i> ^{DL}	\$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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OTEZLA STARTER 10 MG (4)- 20 MG (51) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(27 cada 30 días)
<i>permethrin 5 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimecrolimus 1 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 30 días)
<i>podofilox 0.5 % SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(7 cada 30 días)
<i>procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
<i>silver sulfadiazine 1 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
SSD 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
<i>tazarotene 0.1 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
<i>tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>zenatane 40 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alose tron 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>constulose 10 gram/15 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dicyclomine 10 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
famotidine 10 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
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)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA
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 (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION ^{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 TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 200 mcg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole in 0.9% sod chlor 40 mg/100 ml (0.4 mg/ml), 40 mg/50 ml (0.8 mg/ml), 80 mg/100 ml (0.8 mg/ml) PIGGYBACK</i> MO	\$0 (Nivel 2)	
PANTOPRAZOLE IN 0.9% SOD CHLOR 40 MG/50 ML (0.8 MG/ML) PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium,potassium,mag sulfates 17.5-3.13-1.6 gram RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>sucralfate 1 gram TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>sucralfate 100 mg/ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ursodiol 300 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
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, 5 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 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>tamsulosin 0.4 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>afirmelle 0.1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>altavera (28) 0.15-0.03 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amabelz 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>apri 0.15-0.03 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aranelle (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>abra 0.1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>abra eq 0.1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ayuna 0.15-0.03 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>azurette (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>camila 0.35 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>camrese lo 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>caziant (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chateal eq (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO</i>	\$0 (Nivel 2)	QL(8 cada 28 días)
<i>cryselle (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred eq 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>deblitane 0.35 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 30 días)
<i>DEPO-SUBQ PROVERA 104 104 MG/0.65 ML SYRINGE MO</i>	\$0 (Nivel 2)	QL(0.65 cada 90 días)
<i>desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
<i>drospirenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ELLA 30 MG TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>emzahh 0.35 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
<i>enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>errin 0.35 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO</i>	\$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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
FEMLYV 1 MG- 20 MCG TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 2)	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
gallifrey 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
haloette 0.12-0.015 mg/24 hr RING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lutera (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mono-linyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE 0.35 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
oxandrolone 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	\$0 (Nivel 2)	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
raloxifene 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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)	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(25 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-linyah 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>tri-mili</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-nymyo</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec</i> (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra</i> 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo</i> 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora</i> (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>tulana</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>turqoz</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>velivet triphasic regimen</i> (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>vestura</i> (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>vienva</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>volnea</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>vylibra</i> 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>wera</i> (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>wymzya fe</i> 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>zarah</i> 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>zovia</i> 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>zumandimine</i> (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
<i>desmopressin</i> 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



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	

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

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



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar altos niveles de hormonas pituitarias y algunos tipos de cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cabergoline 0.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
ELIGARD (3 MONTH) 22.5 MG SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>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 KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
<i>octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide,microspheres 20 mg, 30 mg SUSPENSION, ER, RECON</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
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)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.3 cada 28 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)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 2)	
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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ZOLADEX 10.8 MG IMPLANT ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 84 días)
ZOLADEX 3.6 MG IMPLANT ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ISTURISA 1 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ISTURISA 10 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
ISTURISA 5 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	

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

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

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABRYSVO (PF) 120 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
AREXVY (PF) 120 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>azathioprine 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
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)	
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
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 (150 MG/ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
<i>cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYLTEZO(CF) 10 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
<i>everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAMUNEX-C 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>gengraf 100 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER 80MG/0.8ML(X1)- 40 MG/0.4ML(X2) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 20 MG/0.2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER 80 MG/0.8 ML- 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.6 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HYRIMOZ(CF) PEN 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4.8 cada 28 días)
<i>icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
IXCHIQ (PF) 1,000 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
JYLAMVO 2 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
JYNNEOS (PF) 0.5X TO 3.95X 10EXP8 UNIT/0.5 SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(168 cada 365 días)
RINVOQ LQ 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sajazir 30 mg/3 ml SYRINGE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>sirolimus 1 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 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)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 30 días)
VAXCHORA VACCINE 4X10EXP8 TO 2X 10EXP9 CF UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
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
<i>ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	
<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 0.15 % 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 25 días)
<i>cromolyn 4 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyclopentolate 0.5 %, 1 %, 2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
<i>dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sodium 0.1 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide 2 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
<i>fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin 0.3 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
<i>ketorolac 0.4 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
<i>ketorolac 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)	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
<i>moxifloxacin 0.5 % DROPS</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
olopatadine 0.1 %, 0.2 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
SIMBRINZA 1-0.2 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(16 cada 30 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

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

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>BELSOMRA 10 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
<i>BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>BELSOMRA 5 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
<i>eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(158 cada 30 días)
<i>modafinil 100 mg, 200 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
<i>tasimelteon 20 mg CAPSULE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>zaleplon 10 mg, 5 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ADSTILADRIN 3X10EXP11 VP/ML SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
COBENFY 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
COBENFY STARTER PACK 50 MG-20 MG /100 MG-20 MG CAPSULE, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT) 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KORLYM 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lactated ringers SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 5 días)
LITHOSTAT 250 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>mifepristone 300 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
<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)	
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 10 días)
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)	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>ribavirin 6 gram RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<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)	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 30 días)
ULTILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
XDEMZY 0.25 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 42 días)
ZEVALIN (Y-90) 3.2 MG/2 ML KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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 sodium 1 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 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)	
ec-naproxen 500 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 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>indomethacin 75 mg CAPSULE, ER</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ketorolac 10 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
<i>meloxicam 15 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>meloxicam 7.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/ml CONCENTRATE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
<i>methadone 10 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
<i>methadone 5 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
<i>methadone 5 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(3600 cada 30 días)
<i>morphine 10 mg/5 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
<i>morphine 10 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(360 cada 30 días)
<i>morphine 100 mg TABLET ER</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>morphine 15 mg TABLET ER</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>morphine 15 mg, 30 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(180 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 30 mg, 60 mg TABLET ER</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 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, 500 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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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 TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<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)
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
<i>XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR.</i> DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

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

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>alprazolam 2 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
<i>alprazolam intensol 1 mg/ml CONCENTRATE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>bupirone 30 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	

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)	
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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amoxicillin 875 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 1 gram PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 3 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN IN DEXTROSE (ISO-OS) 3 GRAM/150 ML PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate 2 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin 350 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin in 0.9 % sod chlor 1,000 mg/100 ml, 350 mg/50 ml, 500 mg/50 ml, 700 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>demeclocycline 150 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL (240 cada 30 días)
<i>demeclocycline 300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cada 30 días)
<i>dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
<i>doxy-100 100 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 100 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 20 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ertapenem 1 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin 250 mg, 333 mg, 500 mg TABLET, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin 250 mg, 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin 0.1 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin 0.1 % OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin 40 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
HUMATIN 250 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lincomycin 300 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 cada 30 días)
<i>linezolid 600 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cada 30 días)
<i>linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methenamine hippurate 1 gram TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole 0.75 % CREAM</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<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 TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mondoxynel 100 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin 400 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin-sod.chloride(iso) 400 mg/250 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	
<i>neomycin 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL (3 cada 28 días)
<i>paramomycin 250 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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 TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 100 mg/5 ml (5 ml), 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(225 cada 30 días)
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)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
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)	
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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 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 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK 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)	
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 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 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)	QL(56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	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)	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1080 cada 30 días)

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 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)
<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)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate 10 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
<i>fluoxetine 10 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>fluoxetine 20 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine 40 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
<i>fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>imipramine hcl 10 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mirtazapine 45 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>paroxetine hcl 10 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>paroxetine hcl 20 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenelzine 15 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(2 cada 28 días)
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 (pf) 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl 1 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL (4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL (10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD

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
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$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 RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
caspofungin 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clotrimazole 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL (180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL (90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL (60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO MO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA
klayesta 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL 100 MG/100 ML, 150 MG/150 ML, 50 MG/50 ML PIGGYBACK DL	\$0 (Nivel 2)	
micafungin in 0.9 % sodium chl 150 mg/150 ml PIGGYBACK DL	\$0 (Nivel 2)	
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON DL	\$0 (Nivel 2)	PA, QL (32 cada 30 días)
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 500,000 unit TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	\$0 (Nivel 1)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>cycloserine 250 mg CAPSULE</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
<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>PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>PRIFTIN 150 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifabutin 150 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>rifampin 600 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>SIRTURO 100 MG, 20 MG TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>TRECTOR 250 MG TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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)
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)
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
BELRAPZO 25 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bendamustine 25 mg/ml SOLUTION</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION ^{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)	
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
exemestane 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
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)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>hydroxyurea</i> 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>idarubicin</i> 1 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>ifosfamide</i> 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ifosfamide</i> 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>imatinib</i> 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>imatinib</i> 400 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMDELLTRA 1 MG, 10 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>irinotecan</i> 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)
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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
<i>lapatinib</i> 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
LAZCLUZE 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LAZCLUZE 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>lenalidomide</i> 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)
<i>letrozole</i> 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>leucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>leucovorin calcium</i> 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>levoleucovorin calcium</i> 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(80 cada 30 días)
LOQTORZI 240 MG/6 ML (40 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LORBRENA 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 12 MG/DAY (4 MG X 3), 16 MG/DAY (4 MG X 4), 20 MG/DAY (4 MG X 5) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>melphalan 2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>melphalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET MO	\$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>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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
paraplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
pazopanib 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
pemetrexed 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 21 días)
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PEMRYDI RTU 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>pralatrexate 20 mg/ml (1 ml), 40 mg/2 ml (20 mg/ml) SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 120 MG, 160 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ROZLYTREK 50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYTELO 188 MG, 47 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SCSEMBLIX 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
SCSEMBLIX 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SCSEMBLIX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>sorafenib 200 mg TABLET</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)
TAGRISSE 40 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALVEY 2 MG/ML, 40 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
TECENTRIQ HYBREZA 1,875 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 21 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TEVIMBRA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>thiotepa 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>thiotepa 15 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 21 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
topotecan 4 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
toremifene 60 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
torpenz 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
TRUQAP 160 MG, 200 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(64 cada 28 días)
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 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, 200 MG CAPSULE ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(20 cada 365 días)
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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VYLOY 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 150 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
XALKORI 20 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XALKORI 50 MG PELLETT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>mefloquine 250 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>nitazoxanide 500 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine 300 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>primaquine 26.3 mg (15 mg base) TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate 324 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(42 cada 7 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(2.63 cada 90 días)
<i>loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>lurasidone 80 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>molindone 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>molindone 25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
<i>molindone 5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<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)	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>abacavir 20 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
<i>abacavir 300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir 400 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir 5 % OINTMENT</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>acyclovir 800 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>adefovir 10 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
<i>atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>atazanavir 300 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML - 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML - 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>darunavir 600 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>darunavir 800 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>efavirenz 50 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
<i>efavirenz 600 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz-emtricitabin-tenofovir 600-200-300 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>emtricitabine 200 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
<i>entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>etravirine 100 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>etravirine 200 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>fosamprenavir 700 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>lamivudine 100 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>lamivudine 150 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lamivudine 300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>maraviroc 150 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
<i>maraviroc 300 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>nevirapine 200 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR.</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>oseltamivir 30 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
<i>oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
<i>oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>ribavirin 200 mg CAPSULE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
<i>ribavirin 200 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
<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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<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)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET MO	\$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 DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TYBOST 150 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>valganciclovir 450 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
<i>valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
<i>zidovudine 10 mg/ml SYRUP</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
<i>zidovudine 100 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
<i>zidovudine 300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine 330 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate 500 mg/ml (50 %) SYRINGE</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>neo-vital rx 27 mg iron- 1 mg TABLET</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>penicillamine 250 mg TABLET</i> ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-7.5-3.5 % EMULSION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
<i>potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 15 meq, 8 meq TABLET ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(1125 cada 30 días)
<i>potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ringer's PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
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 SANGUÍNEOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aminocaproic acid 1,000 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
aminocaproic acid 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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)
CABLIVI 11 MG KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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)	
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
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)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
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)
plerixafor 24 mg/1.2 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.6 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 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, 75 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	\$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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 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> MO	\$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
<i>glimepiride 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR.</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide 10 mg, 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glipizide 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
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)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
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 TEMPO PEN(U-100)INSULN 100 UNIT/ML INSULIN PEN, SENSOR 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 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 TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 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, 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 TEMPO PEN(U-100)INSULN 100 UNIT/ML INSULIN PEN, SENSOR 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)	QL(2 cada 28 días)
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 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) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
<i>pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>pioglitazone 45 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>saxagliptin 2.5 mg, 5 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10.5 cada 28 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

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

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION</i> ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	QL(12 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albuterol sulfate 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 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 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	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 BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BRETZTRI 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
cyproheptadine 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
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, 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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine pamoate 25 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 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL,LA	\$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)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 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)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
<i>tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
<i>theophylline 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO</i>	\$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(36 cada 30 días)
<i>wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO</i>	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
<i>zafirlukast 10 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>zafirlukast 20 mg TABLET MO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>betaine 1 gram/scoop POWDER DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CREON 12,000-38,000 -60,000 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)	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 2)	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL</i>	\$0 (Nivel 1)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZEMAIRA 1,000 MG, 4,000 MG, 5,000 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZOKINIVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D

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

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3-day vaginal 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL (300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
all day pain relief 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, 5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid ext (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$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)	
banophen 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
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)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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/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 diphenhydramine 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$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 relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$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)	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-3 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
diphenhydramine hcl 25 mg, 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 ez 1.5 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(methylcellulos) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
fiber-lax 625 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	\$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)	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
glycerin (child) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 600 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
heartburn antacid 160-105 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 200 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen ib 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, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium hydroxide 400 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 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)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 600 MG TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX DM 30-600 MG TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucus dm 30-600 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucus dm max er 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucus relief er 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
mucus-er max 1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
my choice 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
my way 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
naproxen sodium 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative 0.52 gram CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
nausea relief SOLUTION	\$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)	
non-aspirin pain relief 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	\$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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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)	
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)	
robafen 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 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 EXTRA STRENGTH 17.2 MG 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)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
sudogest 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
tusnel-ex 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
tussin 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)	
vegetable laxative 8.6 mg TABLET	\$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 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

D. Índice de medicamentos

A	
abacavir	91
abacavir-lamivudine	91
ABELCET	72
ABILIFY ASIMTUFII	88
ABILIFY MAINTENA	88
abiraterone	75
ABRYSVO (PF)	44
acamprosate	26
acarbose	101
accutane	29
acebutolol	17
acetaminophen	110
acetaminophen-codeine	57
acetazolamide	17
acetazolamide sodium	17
acetic acid	60
acetylcysteine	53, 105
acid gone antacid	110
acid gone antacid e.strength	110
acid reducer (famotidine)	110
acitretin	29
ACTHIB (PF)	44
ACTIMMUNE	44
acyclovir	91
acyclovir sodium	91
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	44, 45
adapalene	29
ADCETRIS	75
adefovir	91
ADEMPAS	105
ADRIAMYCIN	75
ADSTILADRIN	53
adult aspirin regimen	110
adult tussin chest congestion	110
ADVAIR HFA	105
advanced antacid-antigas	110
afirmelle	34
AIMOVIG AUTOINJECTOR	15
ak-poly-bac	50
AKEEGA	75
albendazole	87
albuterol sulfate	106
ALCAINE	50
ALCOHOL PADS	53
ALCOHOL PREP PADS	53
ALCOHOL SWABS	53
ALCOHOL WIPES	54
ALECENSA	75
alendronate	24

alfuzosin	33	ambrisentan	106
ALIQOPA	75	amiloride	17
aliskiren	17	amiloride-hydrochlorothiazide	17
all day allergy (cetirizine)	110	aminocaproic acid	99
all day pain relief	110	aminophylline	106
all day relief	110	AMINOSYN II 10 %	95
aller-g-time	110	AMINOSYN II 15 %	95
allergy (diphenhydramine)	110	AMINOSYN II 7 %	95
allergy relief (cetirizine)	110	AMINOSYN II 8.5 %	95
allergy relief (loratadine)	110	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	95
allergy relief(diphenhydramin)	110, 111	AMINOSYN M 3.5 %	95
allopurinol	15	AMINOSYN 10 %	95
almacone-2	111	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	95
alosetron	31	AMINOSYN 8.5 %	95
ALPHAGAN P	50	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	95
alprazolam	59	AMINOSYN-PF 10 %	95
alprazolam intensol	59	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	95
altavera (28)	34	AMINOSYN-RF 5.2 %	95
aluminum hydroxide gel	111	amiodarone	17, 18
ALUNBRIG	75	amitriptyline	69
alyacen 1/35 (28)	34	amlodipine	18
alyacen 7/7/7 (28)	34	amlodipine-benazepril	18
alyq	106	amlodipine-valsartan	18
amabelz	34	ammonium lactate	29
amantadine hcl	16	amneestem	29
AMBISOME	72	amoxapine	69



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

amoxicillin	60, 61	APTIVUS	91
amoxicillin-pot clavulanate	61	aranelle (28)	34
amphotericin b	72	ARCALYST	45
amphotericin b liposome	72	AREXVY (PF)	45
ampicillin	61	arformoterol	106
ampicillin sodium	61	aripiprazole	88
ampicillin-sulbactam	61	ARISTADA	88
anagrelide	99	ARISTADA INITIO	88
anastrozole	75	ARMOUR THYROID	42
ANKTIVA	75	ARNUIITY ELLIPTA	106
antacid	111	ARRANON	75
antacid (calcium carbonate)	111	arsenic trioxide	75
antacid anti-gas	111	asenapine maleate	88
antacid exst (mag carb-al hyd)	111	ASPARLAS	75
antacid ext str (calcium carb)	111	aspirin	111
antacid extra-strength	111	aspirin-dipyridamole	99
antacid maximum strength	111	aspirin,buffd-calcium carb-mag	111
antacid regular strength	111	atazanavir	91
antacid-antigas	111	atenolol	18
anti-diarrheal (loperamide)	111	atenolol-chlorthalidone	18
anti-nausea	111	atomoxetine	26
apraclonidine	50	atorvastatin	18
aprepitant	71	atovaquone	87
APRETUDE	91	atovaquone-proguanil	87
apri	34	atropine	50
APTIOM	66	ATROPINE SULFATE (PF)	50



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

ATROVENT HFA	106	B	
aubra	34	bacitracin	50, 61
aubra eq	34	bacitracin-polymyxin b	50
AUGTYRO	75	baclofen	15
aurovela fe 1.5/30 (28)	34	bal-care dha	95
aurovela fe 1-20 (28)	34	balsalazide	25
aurovela 1.5/30 (21)	34	BALVERSA	75
aurovela 1/20 (21)	34	BAND-AID GAUZE PADS	54
aurovela 24 fe	34	banophen	111
AUSTEDO	26	BAQSIMI	101
AUSTEDO XR	26, 27	BARACLUDGE	91
AUSTEDO XR TITRATION KT(WK1-4)	27	BAVENCIO	75
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	54	BCG VACCINE, LIVE (PF)	45
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	54	BD ALCOHOL SWABS	54
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	54	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	54
AUVELITY	69	BD ECLIPSE LUER-LOK	54
AUVI-Q	106	BD INSULIN SYRINGE	54
aviane	34	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	54
ayuna	34	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	54
AYVAKIT	75	BD INSULIN SYRINGE U-500	54
azacitidine	75	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	54
azathioprine	45	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	54
azelastine	50, 106	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	54
azithromycin	61	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	54
aztreonam	61	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	54
azurette (28)	34	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	54

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	54	bicalutamide	75
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	54	BICILLIN C-R	61
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	54	BICILLIN L-A	61
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	54	BICNU	75
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	54	BIKTARVY	91
BD VEO INSULIN SYRINGE UF	54	bisacodyl	111
BELEODAQ	75	bismuth subcit k-metronidz-tcn	31
BELRAPZO	75	bismuth subsalicylate	111
BELSOMRA	53	bisoprolol fumarate	18
benazepril	18	bisoprolol-hydrochlorothiazide	18
benazepril-hydrochlorothiazide	18	bleomycin	75
bendamustine	75	blisovi fe 1.5/30 (28)	34
BENDEKA	75	blisovi fe 1/20 (28)	35
BENLYSTA	45	blisovi 24 fe	34
benztropine	16	BOOSTRIX TDAP	45
BESPONSA	75	BORDERED GAUZE	54
BESREMI	45	BORTEZOMIB	76
betaine	108	BOSULIF	76
betamethasone dipropionate	29	BRAFTOVI	76
betamethasone valerate	29	BREO ELLIPTA	106
betamethasone, augmented	29	BREZTRI AEROSPHERE	106
BETASERON	27	BRILINTA	99
betaxolol	50	brimonidine	50
bethanechol chloride	33	BRIVIACT	66
bexarotene	75	bromocriptine	17
BEXSERO	45	BRUKINSA	76



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

budesonide	25, 106	camila	35
bumetanide	18	camrese lo	35
buprenorphine	57	CAMZYOS	18
buprenorphine hcl	26	candesartan	18
buprenorphine-naloxone	26	candesartan-hydrochlorothiazid	18
bupropion hcl	69	CAPLYTA	88
bupropion hcl (smoking deter)	26	CAPRELSA	76
bupirone	59	captopril	18
busulfan	76	captopril-hydrochlorothiazide	18
BUSULFEX	76	carbamazepine	66
butalbital-acetaminophen-caff	54, 55	carbidopa-levodopa	17
C			
c-nate dha	95	carbidopa-levodopa-entacapone	17
CABENUVA	91	carboplatin	76
cabergoline	43	CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	55
CABLIVI	99	carglumic acid	95
CABOMETYX	76	carisoprodol	105
cal-gest antacid	111	carmustine	76
calcipotriene	29	carteolol	50
calcitonin (salmon)	24	cartia xt	18
calcitriol	24	carvedilol	18
calcium acetate(phosphat bind)	95	caspofungin	72
calcium antacid	111	CAYSTON	106
calcium carbonate	111	caziant (28)	35
CALQUENCE	76	cefactor	61
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	76	cefadroxil	61
		cefazolin	61



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

cefazolin in dextrose (iso-os)	61	children's acetaminophen	112
cefdinir	61	children's allergy (diphenhyd)	112
cefepime	61	children's allergy relief(lor)	112
cefixime	62	children's aspirin	112
cefotaxime	62	children's cetirizine	112
cefotetan	62	children's diphenhydramine	112
cefoxitin	62	children's loratadine	112
cefoxitin in dextrose, iso-osm	62	children's mapap	112
cefpodoxime	62	children's pain relief	112
cefprozil	62	children's pain reliever	112
ceftazidime	62	children's pain-fever relief	112
ceftazidime in d5w	62	chloramphenicol sod succinate	62
ceftriaxone	62	chlorhexidine gluconate	28
cefuroxime axetil	62	chloroquine phosphate	87
cefuroxime sodium	62	chlorothiazide sodium	18
CELLCEPT INTRAVENOUS	45	chlorpromazine	88
cephalexin	62	chlorthalidone	18, 19
CERDELGA	108	chocolate laxative	112
CEREZYME	108	CHOLBAM	108
cetirizine	106, 111, 112	cholestyramine (with sugar)	19
chateal eq (28)	35	cholestyramine light	19
CHEMET	95	cholestyramine-aspartame	19
CHEST CONGESTION RELIEF	112	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	40
chest congestion relief dm	112	ciclodan	72
child allergy relf(cetirizine)	112	ciclopirox	72
child's all day allergy(cetir)	112	cilostazol	99



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

CIMDUO	91	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	95
cimetidine	31	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	95
cimetidine hcl	31	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	95
cinacalcet	24	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	95
ciprofloxacin hcl	51, 62	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	95
ciprofloxacin in 5 % dextrose	62	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	95
cisplatin	76	CLINOLIPID	96
citalopram	69	clobazam	66
cladribine	76	clobetasol	29, 30
claravis	29	clobetasol-emollient	30
clarithromycin	62	clofarabine	76
clearlax	112	CLOLAR	76
CLENPIQ	31	clomipramine	69
clindamycin hcl	62	clonazepam	60
clindamycin in 0.9 % sod chlor	62	clonidine	19
clindamycin in 5 % dextrose	62	clonidine hcl	19
clindamycin palmitate hcl	62	clopidogrel	99
clindamycin pediatric	63	clorazepate dipotassium	60
clindamycin phosphate	29, 63	clotrimazole	73, 112
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	96	clotrimazole-betamethasone	73
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	96	clotrimazole-3	112
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	96	clozapine	88
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	96	COARTEM	87
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	96	COBENFY	55
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	96	COBENFY STARTER PACK	55
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	95	COLACE	112



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

COLACE CLEAR	112	CREON	109
COLACE 2-IN-1	112	cromolyn	51, 106
colchicine	15	cryselle (28)	35
colestipol	19	CRYSVITA	109
colistin (colistimethate na)	63	CURITY ALCOHOL SWABS	55
COLUMVI	76	CURITY GAUZE	55
COMBIGAN	51	cyclobenzaprine	105
COMBIPATCH	35	cyclopentolate	51
COMBIVENT RESPIMAT	106	cyclophosphamide	76
COMETRIQ	76	cycloserine	74
COMPLERA	91	cyclosporine	45
complete allergy	112	cyclosporine modified	45
complete allergy medicine	112	CYLTEZO(CF)	45
complete natal dha	96	CYLTEZO(CF) PEN	45
compro	71	CYLTEZO(CF) PEN CROHN'S-UC-HS	45
constulose	31	CYLTEZO(CF) PEN PSORIASIS-UV	45
COPAXONE	27	cyproheptadine	106
COPIKTRA	76	CYRAMZA	77
CORLANOR	19	cyred	35
COSENTYX	45	cyred eq	35
COSENTYX (2 SYRINGES)	45	CYSTAGON	109
COSENTYX PEN	45	CYSTARAN	51
COSENTYX PEN (2 PENS)	45	cytarabine	77
COSENTYX UNOREADY PEN	45	cytarabine (pf)	77
COSMEGEN	76		
COTELLIC	76		

D

dacarbazine	77
-------------------	----



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

dactinomycin	77	DERMACEA	55
dalfampridine	27	DESCOVY	91
danazol	35	desipramine	69
dantrolene	15	desmopressin	40
DANYELZA	77	desog-e.estradiol/e.estradiol	35
dapsone	74	desogestrel-ethinyl estradiol	35
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	45	desvenlafaxine succinate	70
daptomycin	63	dexamethasone	41
daptomycin in 0.9 % sod chlor	63	dexamethasone intensol	41
darifenacin	33	dexamethasone sodium phos (pf)	41
darunavir	91	dexamethasone sodium phosphate	41, 51
DARZALEX	77	dexmethylphenidate	27
DARZALEX FASPRO	77	dexrazoxane hcl	77
dasatinib	77	dextroamphetamine sulfate	27
dasetta 1/35 (28)	35	dextroamphetamine-amphetamine	27
dasetta 7/7/7 (28)	35	dextromethorphan-guaifenesin	112
daunorubicin	77	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	96
DAURISMO	77	dextrose 10 % in water (d10w)	96
deblitane	35	dextrose 5 % in water (d5w)	96
decitabine	77	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	96
deferasirox	96	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	96
DELSTRIGO	91	DIACOMIT	66
demeclocycline	63	diazepam	60, 66
DENGVAXIA (PF)	46	diazepam intensol	60
DEPO-ESTRADIOL	35	diazoxide	101
DEPO-SUBQ PROVERA 104	35	diclofenac sodium	51, 57



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

dicloxacillin	63	dok	113
dicyclomine	32	donepezil	14
didanosine	91	dorzolamide	51
DIFICID	63	dorzolamide-timolol	51
digitek	19	dotti	35
digox	19	DOVATO	91
digoxin	19	doxazosin	19
dihydroergotamine	16	doxepin	60
DILANTIN INFATABS	66	doxercalciferol	24
DILANTIN-125	66	doxorubicin	77
dilt-xr	19	doxorubicin, peg-liposomal	77
diltiazem hcl	19	doxy-100	63
dimethyl fumarate	27	doxycycline hyclate	63
diphedryl	112	doxycycline monohydrate	63
diphenhydramine hcl	106, 112, 113	driminate	113
diphenoxylate-atropine	32	DRISDOL	109
dipyridamole	100	DRIZALMA SPRINKLE	70
disulfiram	26	dronabinol	71
DIURIL	19	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	55
divalproex	66	DROPLET INSULIN SYRINGE	55
DOCEFREZ	77	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	55
docetaxel	77	DROPLET PEN NEEDLE	55
docusate calcium	113	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	55
docusate sodium	113	DROPSAFE PEN NEEDLE	55
DOCUSOL KIDS	113	drospirenone-ethinyl estradiol	35
dofetilide	19	DROXIA	55

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



DUAVEE	35	ELIGARD (3 MONTH)	43
duloxetine	70	elinest	35
DUPIXENT PEN	46	ELIQUIS	100
DUPIXENT SYRINGE	46	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	100
dutasteride	33	ELLA	35
dutasteride-tamsulosin	33	ELMIRON	33
d10 %-0.45 % sodium chloride	96	ELREXFIO	77
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	96	eluryng	35
d5 % and 0.9 % sodium chloride	96	ELZONRIS	77
d5 %-0.45 % sodium chloride	96	EMCYT	77
E		EMGALITY PEN	16
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	55	EMGALITY SYRINGE	16
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	55	EMPLICITI	77
ec-naproxen	57	EMSAM	70
econtra ez	113	emtricitabine	92
econtra one-step	113	emtricitabine-tenofovir (tdf)	92
ed-apap	113	EMTRIVA	92
EDURANT	91	emzahh	35
efavirenz	91	enalapril maleate	19
efavirenz-emtricitabin-tenofov	91	enalapril-hydrochlorothiazide	19
efavirenz-lamivu-tenofov disop	91	ENBREL	46
EGRIFTA SV	40	ENBREL MINI	46
electrolyte-a	96	ENBREL SURECLICK	46
electrolyte-148	96	endocet	57
electrolyte-48 in d5w	96	enema	113
ELELYSO	109	enema disposable	113



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

ENEMEEZ	113	ergotamine-caffeine	16
ENEMEEZ KIDS	113	eribulin	77
ENEMEEZ PLUS	113	ERIVEDGE	78
ENGERIX-B (PF)	46	ERLEADA	78
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	46	erlotinib	78
ENHERTU	77	errin	35
enilloring	35	ertapenem	63
enoxaparin	100	ery pads	30
enpresse	35	ERYTHROCIN	63
enskyce	35	erythromycin	51, 63
entacapone	17	erythromycin lactobionate	63
entecavir	92	erythromycin with ethanol	30
ENTRESTO	19	escitalopram oxalate	70
ENTRESTO SPRINKLE	19	esomeprazole magnesium	32
enulose	32	estradiol	35, 36
ENVARUSUS XR	46	estradiol valerate	36
EPCLUSA	92	estradiol-norethindrone acet	36
EPIDIOLEX	66	eszopiclone	53
epinephrine	106	ethacrynate sodium	19
epirubicin	77	ethambutol	74
epitol	66	ethosuximide	66
EPIVIR HBV	92	ethynodiol diac-eth estradiol	36
EPKINLY	77	etodolac	57
EPRONTIA	16	etonogestrel-ethinyl estradiol	36
ERBITUX	77	ETOPOPHOS	78
ergocalciferol (vitamin d2)	109, 113	etoposide	78



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

etravirine	92	fenofibrate nanocrystallized	20
EULEXIN	78	fentanyl	57
EUTHYROX	42	fentanyl citrate	57
everolimus (antineoplastic)	78	fentanyl citrate (pf)	57
everolimus (immunosuppressive)	46	fesoterodine	33
EVOMELA	78	FETZIMA	70
EVOTAZ	92	FEVERALL	113
exemestane	78	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	101
EXKIVITY	78	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	101
EYSUVIS	51	FIASP U-100 INSULIN	101
ezetimibe	19	fiber (calcium polycarbophil)	113
F			
falmina (28)	36	fiber laxative(methylcellulos)	113
famciclovir	92	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	113
famotidine	32, 113	fiber therapy (m-cellulose)	113
famotidine (pf)	32	fiber-lax	113
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	32	finasteride	33
FANAPT	88	finngolimod	27
FASENRA PEN	106	FINTEPLA	66
febuxostat	15	FIRDAPSE	27
felbamate	66	FIRMAGON	43
felodipine	20	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	43
FEMLYV	36	flecainide	20
femynor	36	FLEET ENEMA	113
fenofibrate	20	FLEET PEDIATRIC	113
fenofibrate micronized	20	fluconazole	73
		fluconazole in nacl (iso-osm)	73



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

flucytosine	73	FRUZAQLA	78
fludarabine	78	FULPHILA	100
fludrocortisone	41	fulvestrant	78
flunisolide	106	furosemide	20
fluocinolone	30	FUZEON	92
fluocinolone acetonide oil	14	FYARRO	78
fluocinolone and shower cap	30	FYCOMPA	66
fluorometholone	51	G	
fluorouracil	30, 78	gabapentin	67
fluoxetine	70	galantamine	14
fluphenazine decanoate	88	gallifrey	36
fluphenazine hcl	88, 89	GAMUNEX-C	46
flurbiprofen	57	GARDASIL 9 (PF)	46
flurbiprofen sodium	51	GATTEX ONE-VIAL	32
flutamide	78	GATTEX 30-VIAL	32
fluticasone propion-salmeterol	106, 107	GAUZE BANDAGE	55
fluticasone propionate	30, 107	GAUZE PAD	55
fluvastatin	20	gavilax	113
fluvoxamine	70	gavilyte-c	32
FOLOTYN	78	gavilyte-g	32
FORTEO	24	gavilyte-n	32
fosamprenavir	92	GAVRETO	78
fosinopril	20	GAZYVA	78
fosinopril-hydrochlorothiazide	20	gefitinib	78
fosphenytoin	66	gemcitabine	78
FOTIVDA	78	gemfibrozil	20



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

generlac	32	guaifenesin	113
gengraf	46	guanfacine	20, 27
gentak	51	GVOKE	102
gentamicin	51, 63	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	102
gentamicin in nacl (iso-osm)	63	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	102
gentle laxative (bisacodyl)	113	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	102
GENVOYA	92	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	102
GILOTRIF	78	H	
glatiramer	27	HAEGARDA	46
glatopa	27	hailey	36
GLEOSTINE	78	hailey fe 1.5/30 (28)	36
glimepiride	101	hailey fe 1/20 (28)	36
glipizide	101, 102	hailey 24 fe	36
glipizide-metformin	102	HALAVEN	78
GLUCAGEN HYPOKIT	102	haloette	36
glyburide	102	haloperidol	89
glyburide micronized	102	haloperidol decanoate	89
glyburide-metformin	102	haloperidol lactate	89
glycerin (adult)	113	HARVONI	92
glycerin (child)	113	HAVRIX (PF)	46
glycopyrrolate	32	headache relief (asa-acet-caf)	113
GLYXAMBI	102	healthylax	114
granisetron (pf)	71	heartburn antacid	114
granisetron hcl	71	heartburn relief	114
griseofulvin microsize	73	heartburn relief (famotidine)	114
griseofulvin ultramicrosize	73	heather	36



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

heparin (porcine)	100	HUMULIN R REGULAR U-100 INSULN	103
heparin, porcine (pf)	100	HUMULIN 70/30 U-100 INSULIN	102
HEPLISAV-B (PF)	46	HUMULIN 70/30 U-100 KWIKPEN	102
HETLIOZ LQ	53	hydralazine	20
HIBERIX (PF)	46	hydrochlorothiazide	20
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN U-100	102	hydrocodone-acetaminophen	57
HUMALOG KWIKPEN INSULIN	102	hydrocodone-ibuprofen	57
HUMALOG MIX 50-50 INSULN U-100	102	hydrocortisone	25, 30
HUMALOG MIX 50-50 KWIKPEN	102	hydrocortisone-acetic acid	14
HUMALOG MIX 75-25 KWIKPEN	102	hydromorphone	57
HUMALOG MIX 75-25(U-100)INSULN	102	hydroxychloroquine	87
HUMALOG TEMPO PEN(U-100)INSULN	102	hydroxyurea	79
HUMALOG U-100 INSULIN	102	hydroxyzine hcl	60
HUMATIN	63	hydroxyzine pamoate	107
HUMIRA	46	HYFTOR	30
HUMIRA PEN	46	HYRIMOZ PEN CROHN'S-UC STARTER	47
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	47	HYRIMOZ PEN PSORIASIS STARTER	47
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	47	HYRIMOZ(CF)	47
HUMIRA(CF)	47	HYRIMOZ(CF) PEDI CROHN STARTER	47
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	47	HYRIMOZ(CF) PEN	47
HUMIRA(CF) PEN	47		
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	47	I	
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	47	ibandronate	24
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	47	IBRANCE	79
HUMULIN N NPH INSULIN KWIKPEN	102	ibu	57
HUMULIN N NPH U-100 INSULIN	103	ibuprofen	57, 58, 114
		ibuprofen ib	114



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

icatibant	47	infant's acetaminophen	114
iclevia	36	infants' pain and fever	114
ICLUSIG	79	INGREZZA	27
idarubicin	79	INGREZZA INITIATION PK(TARDIV)	27
IDHIFA	79	INLYTA	79
ifosfamide	79	INQOVI	79
ILEVRO	51	INREBIC	79
imatinib	79	INSULIN LISPRO	103
IMBRUVICA	79	INSULIN SYRINGE	55
IMDELLTRA	79	INSULIN SYRINGE MICROFINE	55
IMFINZI	79	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	55
imipenem-cilastatin	63	INTELENCE	92
imipramine hcl	70	INTRALIPID	96
imipramine pamoate	70	INVEGA HAFYERA	89
imiquimod	30	INVEGA SUSTENNA	89
IMJUDO	79	INVEGA TRINZA	89
IMLYGIC	79	INVOKAMET	103
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	47	INVOKAMET XR	103
INBRIJA	17	INVOKANA	103
incassia	36	IONOSOL-B IN D5W	96
INCONTROL ALCOHOL PADS	55	IONOSOL-MB IN D5W	96
INCRELEX	40	IPOL	47
indapamide	20	ipratropium bromide	107
indomethacin	58	ipratropium-albuterol	107
INFANRIX (DTAP) (PF)	47	irbesartan	20
infant pain reliever	114	irbesartan-hydrochlorothiazide	20



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

irinotecan	79	JANUMET	103
ISENTRESS	92	JANUMET XR	103
ISENTRESS HD	92	JANUVIA	103
isibloom	36	JARDIANCE	103
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	96	jasmiel (28)	36
ISOLYTE-S	96	javygtor	109
isoniazid	74	JAYPIRCA	79
isosorbide dinitrate	20	JEMPERLI	79
isosorbide mononitrate	20	jencycla	36
isosorbide-hydralazine	20	JENTADUETO	103
isotretinoin	30	JENTADUETO XR	103
isradipine	21	JEVTANA	80
ISTODAX	79	juleber	36
ISTURISA	44	JULUCA	92
ITOVEBI	79	junel fe 1.5/30 (28)	36
itraconazole	73	junel fe 1/20 (28)	36
IV PREP WIPES	55	junel fe 24	36
ivabradine	21	junel 1.5/30 (21)	36
ivermectin	87	junel 1/20 (21)	36
IWILFIN	79	JYLAMVO	47
IXCHIQ (PF)	47	JYNNEOS (PF)	47
IXEMPRA	79		
		K	
IXIARO (PF)	47	KABIVEN	96
		KADCYLA	80
J		kalliga	36
JAKAFI	79	KALYDECO	107
jantoven	100		



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

KANJINTI	80	kurvelo (28)	36
kariva (28)	36	KYPROLIS	80
kelnor 1/35 (28)	36	L	
kelnor 1/50 (28)	36	l norgest/e.estradiol-e.estrad	36
KERENDIA	21	labetalol	21
KESIMPTA PEN	27	lacosamide	67
ketoconazole	73	lactated ringers	56, 97
ketorolac	51, 58	lactulose	32
KEVZARA	47	LAGEVRIO (EUA)	56
KEYTRUDA	80	lamivudine	92
KIMMTRAK	80	lamivudine-zidovudine	92
KINRIX (PF)	47	lamotrigine	67
kionex (with sorbitol)	96	LAMPIT	87
KISQALI	80	lansoprazole	32
KISQALI FEMARA CO-PACK	80	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	103
klayesta	73	LANTUS U-100 INSULIN	103
klor-con m10	97	lapatinib	80
KLOR-CON M15	97	larin fe 1.5/30 (28)	37
klor-con m20	97	larin fe 1/20 (28)	37
KLOR-CON 10	96	larin 1.5/30 (21)	37
KLOR-CON 8	96	larin 1/20 (21)	37
KORLYM	56	larin 24 fe	37
KOSELUGO	80	latanoprost	51
kourzeq	28	laxative (bisacodyl)	114
KRAZATI	80	laxative (sennosides)	114
KRINTAFEL	87	LAZCLUZE	80

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



leena 28	37	LEVOXYL	42
leflunomide	48	LEXIVA	92
lenalidomide	80	LIBERVANT	67
LENVIMA	80	LIBTAYO	81
lessina	37	lidocaine	59
letrozole	80	lidocaine hcl	59
leucovorin calcium	80	lidocaine viscous	59
LEUKERAN	80	lidocaine-prilocaine	59
leuprolide	43	lincomycin	64
leuprolide (3 month)	43	lindane	30
levetiracetam	67	linezolid	64
levetiracetam in nacl (iso-os)	67	linezolid in dextrose 5%	64
LEVO-T	42	linezolid-0.9% sodium chloride	64
levobunolol	51	LINZESS	32
levocarnitine	97	liothyronine	42
levocarnitine (with sugar)	97	lisinopril	21
levocetirizine	107	lisinopril-hydrochlorothiazide	21
levofloxacin	64	lithium carbonate	53
levofloxacin in d5w	64	lithium citrate	53
levoleucovorin calcium	80, 81	LITHOSTAT	56
levonest (28)	37	lo-zumandimine (28)	37
levonorg-eth estrad triphasic	37	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	37
levonorgestrel	114	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	37
levonorgestrel-ethinyl estrad	37	LOESTRIN 1.5/30 (21)	37
levora-28	37	LOESTRIN 1/20 (21)	37
levothyroxine	42	lojaimiess	37



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

MARPLAN	70	methocarbamol	105
MATULANE	81	methotrexate sodium	48
meclizine	71, 114	methotrexate sodium (pf)	48
medroxyprogesterone	37	methoxsalen	30
mefloquine	87	methsuximide	67
megestrol	37	methyl dopa	21
MEKINIST	81	methyl dopa-hydrochlorothiazide	21
MEKTOVI	81	methylphenidate hcl	28
meloxicam	58	methylprednisolone	41
melphalan	81	methylprednisolone acetate	41
melphalan hcl	81	methylprednisolone sodium succ	41
memantine	14	metoclopramide hcl	71
MENACTRA (PF)	48	metolazone	21
MENEST	38	metoprolol succinate	21
MENQUADFI (PF)	48	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	21
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	48	metoprolol tartrate	21
mercaptopurine	81	metronidazole	64
meropenem	64	metronidazole in nacl (iso-os)	64
meropenem-0.9% sodium chloride	64	metyrosine	21
mesalamine	25	MICAFUNGIN IN 0.9 % SODIUM CHL	73
MESNEX	81	miconazole nitrate	114
metformin	103	miconazole-3	73, 114
methadone	58	miconazole-7	114
methazolamide	21	microgestin fe 1.5/30 (28)	38
methenamine hippurate	64	microgestin fe 1/20 (28)	38
methimazole	44	microgestin 1.5/30 (21)	38



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

microgestin 1/20 (21)	38	mono-lynyah	38
microgestin 24 fe	38	montelukast	107
midodrine	21	morphine	58
mifepristone	56	morphine concentrate	58
migraine formula	114	motion sickness	115
migraine relief	114	motion sickness (meclizine)	115
mili	38	motion sickness relief	115
milk of magnesia	115	motion sickness relief(mecliz)	115
milk of magnesia concentrated	115	motion-time	115
mimvey	38	MOUNJARO	103
minocycline	64	MOVANTIK	32
minoxidil	21	moxifloxacin	51, 64
mintox maximum strength	115	moxifloxacin-sod.chloride(iso)	64
mintox plus	115	MOZOBIL	100
MIRCETTE (28)	38	MRESVIA (PF)	48
mirtazapine	70	MUCINEX	115
misoprostol	32	MUCINEX DM	115
MITIGARE	15	mucus dm	115
mitomycin	81	mucus dm max er	115
mitoxantrone	81	mucus relief er	115
modafinil	53	MUCUS-CHEST CONGESTION	115
moexipril	21	mucus-er max	115
molindone	89	MULTAQ	21
mometasone	30	mupirocin	30
mondoxyne nl	64	MUTAMYCIN	81
MONJUVI	48	MVASI	81



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

my choice	115	nausea relief	115
my way	115	NAYZILAM	67
MYALEPT	32	nebivolol	21
mycophenolate mofetil	48	NEBUPENT	87
mycophenolate mofetil (hcl)	48	necon 0.5/35 (28)	38
mycophenolate sodium	48	nefazodone	70
MYLOTARG	81	nelarabine	81
myorisan	30	neo-polycin	51
MYRBETRIQ	33	neo-polycin hc	51
N			
nabumetone	58	neo-vital rx	97
nafcillin	64	neomycin	64
nafcillin in dextrose iso-osm	64	neomycin-bacitracin-poly-hc	51
nalmefene	26	neomycin-bacitracin-polymyxin	51
naloxone	26	neomycin-polymyxin b-dexameth	51
naltrexone	26	neomycin-polymyxin-gramicidin	51
NAMZARIC	14	neomycin-polymyxin-hc	14, 52
naproxen	58	NEONATAL COMPLETE	97
naproxen sodium	58, 115	NEONATAL PLUS VITAMIN	97
naratriptan	16	NEONATAL-DHA	97
nasal decongestant (pseudoeph)	115	NERLYNX	81
NATACYN	51	NEULASTA	100
nateglinide	103	NEULASTA ONPRO	100
NATPARA	24	nevirapine	93
natura-lax	115	new day	115
natural fiber laxative	115	NEXLETOL	21
		NEXLIZET	21



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

niacin	22	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	97
niacor	22	NORMOSOL-R	97
nicotine	115	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	97
nicotine (polacrilex)	115	NORMOSOL-R PH 7.4	97
NICOTROL NS	26	nortrel 0.5/35 (28)	38
nifedipine	22	nortrel 1/35 (21)	38
nikki (28)	38	nortrel 1/35 (28)	38
nilutamide	81	nortrel 7/7/7 (28)	38
nimodipine	22	nortriptyline	70
NINLARO	81	NORVIR	93
nitazoxanide	87	NOVOLIN N FLEXPEN	104
nitisinone	109	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	104
nitrofurantoin macrocrystal	64	NOVOLIN R FLEXPEN	104
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	64	NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	104
nitroglycerin	22, 56	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	103
NITROSTAT	22	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	104
NIVESTYM	100	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	104
nizatidine	32	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	104
non-aspirin pain relief	115	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	104
NORA-BE	38	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	104
noreth-ethinyl estradiol-iron	38	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	104
norethindrone (contraceptive)	38	NOVOPEN ECHO	56
norethindrone ac-eth estradiol	38	NOXAFIL	73
norethindrone acetate	38	NUBEQA	81
norethindrone-e.estradiol-iron	38	NUCALA	107
norgestimate-ethinyl estradiol	38	NUEDEXTA	28



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

NUPLAZID	89	OMNITROPE	40, 41
NUTRILIPID	97	ONCASPAR	82
nyamyc	73	ondansetron	72
nylia 1/35 (28)	38	ondansetron hcl	72
nylia 7/7/7 (28)	38	ondansetron hcl (pf)	72
nymyo	38	ONIVYDE	82
nystatin	73	ONUREG	82
nystatin-triamcinolone	73	opcicon one-step	115
nystop	73	OPDIVO	82
0		OPDUALAG	82
ocella	38	OPSUMIT	107
octreotide acetate	43	OPSYNVI	107
octreotide,microspheres	43	option-2	115
ODEFSEY	93	ORACIT	109
ODOMZO	82	oralone	28
OFEV	107	ORBACTIV	64
ofloxacin	14, 52, 64	ORGOVYX	43
OGSIVEO	82	ORKAMBI	107
OJEMDA	82	ORSERDU	82
OJJAARA	82	ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)	38
olanzapine	89	oseltamivir	93
olmesartan	22	OSPHENA	38
olmesartan-hydrochlorothiazide	22	OTEZLA	30
olopatadine	52	OTEZLA STARTER	31
omega-3 acid ethyl esters	22	oxaliplatin	82
omeprazole	32	oxandrolone	39

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



oxazepam	60	PASER	74
oxcarbazepine	67	PAXLOVID	56
oxybutynin chloride	33, 34	pazopanib	82
oxycodone	58	PEDIA-LAX	116
oxycodone-acetaminophen	58, 59	pedia-lax stool softener	116
OZEMPIC	104	PEDIARIX (PF)	48
P			
PACERONE	22	PEDVAX HIB (PF)	48
paclitaxel	82	peg 3350-electrolytes	33
paclitaxel protein-bound	82	peg-electrolyte soln	33
PADCEV	82	PEGASYS	48
pain relief (acetaminophen)	115	PEMAZYRE	82
pain relief es (acetaminophen)	115	pemetrexed	82
pain reliever (acetaminophen)	116	pemetrexed disodium	82
pain reliever es(acetaminophn)	116	PEMRYDI RTU	82
pain reliever plus	116	PEN NEEDLE, DIABETIC	56
paliperidone	89	PENBRAYA (PF)	48
pamidronate	24, 25	penicillamine	97
PANRETIN	82	penicillin g potassium	65
pantoprazole	33	penicillin g procaine	65
pantoprazole in 0.9% sod chlor	33	penicillin g sodium	65
paraplatin	82	penicillin v potassium	65
paricalcitol	25	PENTACEL (PF)	48
paroex oral rinse	28	PENTAM	87
paromomycin	64	pentamidine	87
paroxetine hcl	70	pentoxifylline	22
		PERIKABIVEN	97



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

perindopril erbumine	22	pioglitazone	104
periogard	28	piperacillin-tazobactam	65
PERJETA	83	PIQRAY	83
permethrin	31	pirfenidone	107
perphenazine	89	pirmella	39
perphenazine-amitriptyline	70	piroxicam	59
PERSERIS	89	PLASMA-LYTE A	97
pfizerpen-g	65	PLASMA-LYTE 148	97
phenelzine	70	plerixafor	100
phenobarbital	67	podofilox	31
PHENYTEK	67	POLIVY	83
phenytoin	68	polycin	52
phenytoin sodium	68	polyethylene glycol 3350	116
phenytoin sodium extended	68	polymyxin b sulf-trimethoprim	52
PHOSPHOLINE IODIDE	52	polymyxin b sulfate	65
PHYSIOLYTE	56	POMALYST	83
PHYSIOSOL IRRIGATION	56	portia 28	39
phytonadione (vitamin k1)	109	PORTRAZZA	83
PIFELTRO	93	posaconazole	73, 74
pilocarpine hcl	28, 52	potassium chlorid-d5-0.45%nacl	97
pimecrolimus	31	potassium chloride	97
pimozide	90	potassium chloride in lr-d5	98
pimtrea (28)	39	potassium chloride in water	98
pinaway	116	potassium chloride in 0.9%nacl	98
pink bismuth	116	potassium chloride in 5 % dex	98
pinworm treatment	116	potassium chloride-d5-0.2%nacl	98



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

potassium chloride-d5-0.3%nacl	98	prenatal plus vitamin-mineral	98
potassium chloride-d5-0.9%nacl	98	PRENATE ELITE	98
potassium chloride-0.45 % nacl	98	prevalite	22
potassium citrate	98	PREVYMIS	93
POTELIGEO	83	PREZCOBIX	93
pr natal 400	98	PREZISTA	93
pr natal 400 ec	98	PRIFTIN	74
pr natal 430	98	primaquine	87
pr natal 430 ec	98	primidone	68
pralatrexate	83	PRIMSOL	65
pramipexole	17	PRIORIX (PF)	48
prasugrel	100	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	56
pravastatin	22	probenecid	15
prazosin	22	probenecid-colchicine	15
prednisolone	41	procainamide	22
prednisolone acetate	52	prochlorperazine	72
prednisolone sodium phosphate	41, 52	prochlorperazine edisylate	72
prednisone	41	prochlorperazine maleate	72
prednisone intensol	41	PROCRIT	100
pregabalin	28	procto-med hc	31
PREHEVBRIO (PF)	48	proctosol hc	31
PREMARIN	39	proctozone-hc	31
PREMASOL 10 %	98	progesterone	39
PRENATA	98	progesterone micronized	39
PRENATABS FA	98	PROGRAF	48
prenatal plus (calcium carb)	98	PROLEUKIN	83



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

PROLIA	25	quinine sulfate	87
PROMACTA	100	QULIPTA	16
promethazine	72	R	
promethazine-codeine	109	RABAVERT (PF)	48
propafenone	22	raloxifene	39
proparacaine	52	ramipril	23
propranolol	22	ranolazine	23
propranolol-hydrochlorothiazid	22	rasagiline	17
propylthiouracil	44	RAYALDEE	25
PROQUAD (PF)	48	ready-to-use enema	116
protriptyline	71	reclipsen (28)	39
pseudoephedrine hcl	116	RECOMBIVAX HB (PF)	48, 49
PULMOZYME	107	RECTIV	56
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	56	reese's pinworm medicine	116
PURIXAN	83	RELENZA DISKHALER	93
pyrazinamide	74	repaglinide	104
pyridostigmine bromide	15	REPATHA PUSHTRONEX	23
pyridoxine (vitamin b6)	109	REPATHA SURECLICK	23
PYRUKYND	100	REPATHA SYRINGE	23
Q		RESTASIS	52
QINLOCK	83	RESTASIS MULTIDOSE	52
QUADRACEL (PF)	48	RETACRIT	101
quetiapine	90	RETEVMO	83
quinapril	23	RETROVIR	93
quinapril-hydrochlorothiazide	23	REVUFORJ	83
quinidine sulfate	23	REXULTI	90

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



SECUADO	90	simvastatin	23
selegiline hcl	17	sirolimus.....	49
SELZENTRY.....	93	SIRTURO	74
senexon-s	116	SKYCLARYS	28
senna.....	116	SKYRIZI	49
senna lax	116	SMOFLIPID	98
senna laxative	116	smooth antacid	116
senna plus	116	sodium bicarbonate	98, 116
senna-time s	116	SODIUM BICARBONATE (BULK)	116
sennosides.....	116	sodium chloride	56, 98
sennosides-docusate sodium	116	sodium chloride 0.45 %	98
SENOKOT	116	sodium chloride 0.9 %	99
SENOKOT EXTRA STRENGTH	116	sodium chloride 3 % hypertonic	99
SENOKOT-S	116	sodium chloride 5 % hypertonic	99
sertraline	71	sodium citrate-citric acid	109, 116
setlakin	39	sodium oxybate	53
sevelamer carbonate.....	98	sodium phenylbutyrate	109
sharobel	39	sodium polystyrene sulfonate	99
SHINGRIX (PF)	49	sodium,potassium,mag sulfates	33
SIGNIFOR	43	solifenacin	34
sildenafil (pulm.hypertension)	107	SOLQUA 100/33	104
silodosin	34	SOLTAMOX	84
silver sulfadiazine	31	SOLU-MEDROL	41
SIMBRINZA	52	SOLU-MEDROL (PF)	41
simliya (28)	39	SOMATULINE DEPOT	43
SIMULECT.....	49	SOMAVERT	43



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

sorafenib	84	streptomycin	65
SORBITOL	116	STRIBILD	94
sorine	23	STRIVERDI RESPIMAT	108
sotalol	23	subvenite	68
sotalol af	23	subvenite starter (blue) kit	68
SPIRIVA RESPIMAT	108	subvenite starter (green) kit	68
SPIRIVA WITH HANDIHALER	108	subvenite starter (orange) kit	68
spironolacton-hydrochlorothiaz	23	SUCRAID	109
spironolactone	23	sucralfate	33
sprintec (28)	39	sudogest	117
SPRITAM	68	sulfacetamide sodium	52, 65
SPRYCEL	84	sulfacetamide-prednisolone	52
SPS (WITH SORBITOL)	99	sulfadiazine	65
sronyx	39	sulfamethoxazole-trimethoprim	65
SSD	31	sulfasalazine	25
stavudine	94	sulindac	59
STELARA	49	sumatriptan	16
stimulant laxative plus	116	sumatriptan succinate	16
STIOLTO RESPIMAT	108	sunitinib malate	84
STIVARGA	84	SUNLENCA	94
stomach relief	117	suphedrin	117
stool softener	117	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	56
stool softener (docusate cal)	117	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	56
stool softener-laxative	117	syeda	39
stool softener-stimulant laxat	117	SYLVANT	49
STRENSIQ	109	SYMBICORT	108



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

SYMDEKO	108	TASIGNA	84
SYMFI	94	tasimelteon	53
SYMFI LO	94	tazarotene	31
SYMLINPEN 120	104	taztia xt	23
SYMLINPEN 60	104	TAZVERIK	84
SYMPAZAN	68	TDVAX	49
SYMTUZA	94	TECENTRIQ	84
SYNAREL	43	TECENTRIQ HYBREZA	84
SYNJARDY	104	TECVAYLI	84
SYNJARDY XR	104	TEFLARO	65
SYNRIBO	84	telmisartan	23
SYNTHROID	42	telmisartan-amlodipine	23
T			
TABLOID	84	temazepam	53
TABRECTA	84	TEMIXYS	94
tacrolimus	31, 49	temsirolimus	84
tadalafil (pulm. hypertension)	108	TENIVAC (PF)	49
TAFINLAR	84	tenofovir disoproxil fumarate	94
TAGRISSE	84	TEPMETKO	84
TALVEY	84	terazosin	23
TALZENNA	84	terbinafine hcl	74
tamoxifen	84	terconazole	74
tamsulosin	34	teriflunomide	28
tarina fe 1-20 eq (28)	39	testosterone	39
tarina fe 1/20 (28)	39	testosterone cypionate	39
tarina 24 fe	39	testosterone enanthate	39
		TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	49

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



tetrabenazine	28	tobramycin-dexamethasone	52
TEVIMBRA	84	tolterodine	34
THALOMID	84	topiramate	16
theophylline	108	topotecan	85
thiamine hcl (vitamin b1)	109	toremifene	85
thioridazine	90	torpenz	85
thiotepa	84	torsemide	23
thiothixene	90	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	104
tiadylt er	23	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	104
tiagabine	68	TPN ELECTROLYTES	99
TIBSOVO	84	TRADJENTA	104
TICOVAC	49	tramadol	59
tigecycline	65	tramadol-acetaminophen	59
tilia fe	39	trandolapril	23
timolol maleate	23, 52	tranexamic acid	101
timolol maleate (pf)	52	tranylcypromine	71
tinidazole	65	TRAVASOL 10 %	99
tioconazole	117	travoprost	52
tioconazole-1	117	TRAZIMERA	85
TIVDAK	84	trazodone	71
TIVICAY	94	TRECATOR	74
TIVICAY PD	94	TRELEGY ELLIPTA	108
tizanidine	15	TRELSTAR	43
tobramycin	52	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	105
tobramycin in 0.225 % nacl	65	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	105
tobramycin sulfate	65	TRESIBA U-100 INSULIN	105



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

tretinoin	31	trimipramine	71
tretinoin (antineoplastic)	85	trinatal rx 1	99
tri femynor	39	TRINTELLIX	71
tri-buffered aspirin	117	TRISENOX	85
tri-legest fe	39	TRIUMEQ	94
tri-linyah	39	TRIUMEQ PD	94
tri-lo-estarylla	39	trivora (28)	40
tri-lo-marzia	39	TRIZIVIR	94
tri-lo-mili	39	TRODELVY	85
tri-lo-sprintec	39	TROGARZO	94
tri-mili	40	TROPHAMINE 10 %	99
tri-nymyo	40	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	56
tri-sprintec (28)	40	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	56
tri-vylibra	40	TRULICITY	105
tri-vylibra lo	40	TRUMENBA	49
triamcinolone acetonide	28, 41, 42	TRUQAP	85
triamterene-hydrochlorothiazid	23	TRUSELTIQ	85
triderm	42	TUKYSA	85
trientine	99	tulana	40
trifluoperazine	90	TURALIO	85
trifluridine	52	turqoz (28)	40
trihexyphenidyl	17	tusnel diabetic	117
TRIJARDY XR	105	tusnel-ex	117
TRIKAFTA	108	tussin	117
trimethobenzamide	72	tussin dm	117
trimethoprim	65	tussin dm clear	117



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

tussin mucus-chest congestion	117	vancomycin	65
TWINRIX (PF)	49	VANFLYTA	85
TYBLUME	40	VAQTA (PF)	49, 50
TYBOST	94	varenicline	26
TYMLOS	25	VARIVAX (PF)	50
TYPHIM VI	49	VARIZIG	50
U			
UBRELVY	56	VASCEPA	24
UDENYCA	101	VAXCHORA VACCINE	50
UDENYCA AUTOINJECTOR	101	VECTIBIX	85
UDENYCA ONBODY	101	vegetable laxative	117
ULTILET ALCOHOL SWAB	56	velivet triphasic regimen (28)	40
UNITHROID	42	VELTASSA	99
UNITUXIN	85	VEMLIDY	94
ursodiol	33	VENCLEXTA	85
UVADEX	31	VENCLEXTA STARTING PACK	85
V			
valacyclovir	94	venlafaxine	71
VALCHLOR	85	VENTOLIN HFA	108
valganciclovir	94	verapamil	24
valproate sodium	68	VERIPRED 20	42
valproic acid	68	VERQUOVO	24
valproic acid (as sodium salt)	68	VERSACLOZ	90
valsartan	23, 24	VERZENIO	85
valsartan-hydrochlorothiazide	24	vestura (28)	40
VALTOCO	68	VICTOZA 2-PAK	105
vanadom	105	VICTOZA 3-PAK	105
		vienva	40



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

vigabatrin	68	VOTRIENT	86
vigadrone	68	VRAYLAR	90
VIGAFYDE	69	VUMERITY	28
vigpoder	69	vylibra	40
VIIBRYD	71	VYLOY	86
vilazodone	71	VYNDAQEL	109
vinblastine	85	VYXEOS	86
vincasar pfs	85	W	
vincristine	85	warfarin	101
vinorelbine	85	water for irrigation, sterile	56
viorele (28)	40	WEBCOL	56
VIRACEPT	94	WELIREG	86
VIREAD	94	wera (28)	40
virt-nate dha	99	wesnatal dha complete	99
VISTOGARD	85	wesnate dha	99
vitamin d2	109	westab plus	99
vitamin k1	110	WINRHO SDF	50
VITRAKVI	85	wixela inhub	108
VIVITROL	26	women's gentle laxative(bisac)	117
VIZIMPRO	86	wymzya fe	40
VOCABRIA	94	X	
volnea (28)	40	XALKORI	86
VONJO	86	XARELTO	101
VORANIGO	86	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	101
voriconazole	74	XATMEP	50
VOSEVI	94	XCOPRI	69
		XCOPRI MAINTENANCE PACK	69

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



XCOPRI TITRATION PACK	69	ZEPZELCA	86
XDEMZY	56	ZERBAXA	65
XGEVA	25	ZEVALIN (Y-90)	56
XIFAXAN	33	zidovudine	94
XOLAIR	50	ziprasidone hcl	90
XOSPATA	86	ziprasidone mesylate	90
XPOVIO	86	ZIRABEV	86
XTAMPZA ER	59	ZIRGAN	94
XTANDI	86	ZOKINVY	109
XULTOPHY 100/3.6	105	ZOLADEX	44
Y		zoledronic ac-mannitol-0.9nacl	25
YERVOY	86	zoledronic acid	25
YF-VAX (PF)	50	zoledronic acid-mannitol-water	25
YONDELIS	86	ZOLINZA	86
Z		zolpidem	53
zafirlukast	108	ZONISADE	69
zaleplon	53	zonisamide	69
ZALTRAP	86	zovia 1-35 (28)	40
ZANOSAR	86	ZTALMY	69
zarah	40	ZUBSOLV	26
ZARXIO	101	zumandimine (28)	40
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	105	ZURZUVAE	71
ZEGALOGUE SYRINGE	105	ZYDELIG	86
ZEJULA	86	ZYKADIA	87
ZELBORAF	86	ZYNLONTA	87
ZEMAIRA	109	ZYNYZ	87
zenatane	31		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ZYPITAMAG	24
ZYPREXA RELPREVV	90
3-day vaginal	110



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

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.....	14	Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44
Demencia.....	14	Enfermedades del ojo.....	50
.....	15	Trastorno bipolar.....	53
.....	15	Trastorno del sueño.....	53
Miastenia grave.....	15	53
Migrañas.....	15	Dolor.....	57
.....	16	Dolor local.....	59
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	17	Ansiedad.....	59
.....	24	Infecciones bacterianas.....	60
.....	25	Convulsiones.....	66
.....	26	Depresión.....	69
Enfermedades del sistema nervioso.....	26	Nausea y vómitos.....	71
Enfermedades orales y dentales.....	28	Infecciones por hongos.....	72
Enfermedades de la piel.....	29	Tuberculosis.....	74
Enfermedades gastrointestinales.....	31	Cáncer.....	75
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33	Infecciones por parásitos.....	87
Desbalance de hormonas sexuales.....	34	Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....	88
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40	Infecciones virales.....	91
.....	41	Deficiencias de vitaminas.....	95
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42	99
Enfermedades de la hormona pituitaria.....	43	Diabetes.....	101
.....	44	105
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44	105

.....105

.....108

.....109

.....110

Llámenos si nos necesita

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

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

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

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

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

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

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

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

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/02/2024. PARA PEDIR INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE PREGUNTAS, LLAME AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana[®]