

2021

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

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

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/03/2021. 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 O VISITE ESPAÑOL.HUMANA.COM.

Humana.[®]

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2021

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 <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).	5
B2.	¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez?	5
B3.	¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	6
B4.	¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria para obtener determinados medicamentos?	7
B5.	¿Cómo sabrá si el medicamento que quiere tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?	7
B6.	¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?	7
B7.	¿Cómo puede buscar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	8
B8.	¿Qué sucede si el medicamento que quiere utilizar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	8
B9.	¿Qué sucede si usted es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra su medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tiene un problema para obtenerlo?	8
B10.	¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?	11
B11.	¿Cómo puede 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 su 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	129

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 espanol.humana.com



Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2021

A. Descargas de responsabilidad

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en Humana Gold Plus Integrated.

- Humana Gold Plus Integrated H0336-001 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 (vea la pregunta B5 más abajo).

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **Humana.com/medicaid-dual/illinois** 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 aprobación previa 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 normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

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

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

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

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/medicaid-dual/illinois**.

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 **espanol.humana.com**



-
- 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. Vea 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 bien
- 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 **o** 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 bien
- Si solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.



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:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben obtener la aprobación 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/medicaid-dual/illinois. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le envíemos 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. Vea las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que quiere tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* de la página 13 tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso".

B6. ¿Qué sucede si cambiamos las normas que rigen cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, si añadimos requisitos de autorización previa (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si añadimos o cambiamos requisitos de aprobación previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento. Vea 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*.

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 espanol.humana.com



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

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el 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 129.

Para buscar por afección médica, busque la sección denominada "Lista de medicamentos por afección médica" en la página 166. 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 quiere utilizar no está en la Lista de medicamentos?

Si no ve 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 consulte 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 muéstrelle 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. Vea la pregunta B11 para obtener más información sobre las excepciones.
-

B9. ¿Qué sucede si usted es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene 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 la aprobación previa 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, puede repetir su y necesita un medicamento recetado hasta por 98 días. Puede que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener repeticiones del 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 del plan. De esta manera, el profesional que expide la receta puede cambiar sus medicamentos a los que están en la Lista de medicamentos o solicitar una excepción.en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.

Si obtiene el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2021

La cantidad que usted paga por su suministro para 30 días no será superior a su límite de LIS.

Si no recibe el LIS

La cantidad que usted paga por su suministro para 30 días se basará en los términos de su plan. Consulte el Manual para los afiliados en <https://www.Humana.com/medicaid-dual/illinois/plan-details> para obtener más información sobre los términos de su plan.

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,

<https://www.Humana.com/medicaid-dual/illinois/pharmacy/>.

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. ¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?

Sí. Puede solicitar a Humana Gold Plus Integrated que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las normas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Humana Gold Plus Integrated puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que eliminemos restricciones de terapia por fases o requisitos de aprobación previa.

B11. ¿Cómo puede 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?

Primero debemos recibir una declaración del profesional que expide la receta que avale su pedido de una excepción. Una vez que obtengamos la declaración, le comunicaremos nuestra decisión con respecto a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas.

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 espanol.humana.com



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 ver 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 su 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 lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página siguiente 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 que comienza en la página 129. 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.

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 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. También puede leer el 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":

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

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

TP = 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.

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

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 espanol.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
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hr patch; buprenorphine 15 mcg/hr patch; buprenorphine 20 mcg/hr patch; buprenorphine 5 mcg/hr patch; buprenorphine 7.5 mcg/hr patch DL	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
butorphanol 1 mg/ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml, spray DL	\$0 (Nivel 1)	LC (5 cada 28 días)
butorphanol 2 mg/ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sod er 100 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 1% gel EC	\$0 (Nivel 1)	
ec-naproxen 500 mg, tablet,delayed release EC	\$0 (Nivel 1)	
endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg, tablet EC	\$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; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch DL	\$0 (Nivel 1)	LC (20 cada 30 días)
fentanyl cit otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg;; fentanyl citrate otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg, DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/2 ml vial DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hydrocodone-acetamin 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg;; hydrocodone-acetamin 7.5-300 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (390 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg;; hydrocodone-acetamin 2.5-325; hydrocodone-acetamin 7.5-325 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetamn 7.5-325/15 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (5520 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
hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg; hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ketoprofen 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ketorolac 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml, solution DL	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml, oral conc DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml, solution DL	\$0 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg/ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml, soln DL	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln DL	\$0 (Nivel 1)	LC (1350 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
morphine sulfate 10 mg/ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (360 cada 30 días)
morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml conc DL	\$0 (Nivel 1)	LC (540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 250 mg, 375 mg, 500 mg, tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
oxycodone hcl (ir) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tab; oxycodone hcl (ir) 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl (ir) 5 mg, cap DL	\$0 (Nivel 1)	LC (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
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc DL	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml, soln DL	\$0 (Nivel 1)	LC (5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325; oxycodone-acetaminophn 2.5-325; oxycodone-acetaminophn 7.5-325 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
sulindac 150 mg, 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tramadol er 100 mg, 200 mg, 300 mg, tablet; tramadol hcl er 100 mg, 200 mg, 300 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tramadol hcl 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG, CAPSULE SPRINKLE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (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
lidocaine 5% patch EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine 2% viscous soln EC	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2% jelly EC	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet EC	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 %, mucosal solution EC	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine-prilocaine cream EC	\$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 CONTRA LA ADICCIÓN/PARA TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA - Medicamentos utilizados para tratar adicción y síntomas de abstinencia

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acamprosate calc dr 333 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
buprenorphine 2 mg, 8 mg, tablet sl EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 12-3mg flm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
buprenorphine-nalox 2-0.5mg fm; buprenorphine-nalox 4-1mg film; buprenorphine-nalox 8-2mg film EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX 1 MG, CONT MONTH BOX EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml, carpulect; naloxone 2 mg/2 ml syringe EC	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 2 mg auto-injector EC	\$0 (Nivel 2)	LC (0.8 cada 30 días)
naltrexone 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
NARCAN 4 MG/ACTUATION, NASAL SPRAY EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 30 días)
NICOTROL NS 10 MG/ML, NASAL SPRAY EC	\$0 (Nivel 2)	
apo-varenicline 0.5 mg, 1 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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.



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% ear solution EC	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg, tab chew EC	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 250 mg, 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg, 875 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml, sus; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 250 mg, 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 1 gm add-vantage vl; ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg, vial; ampicillin 10 gm vial; ampicillin 2 gm add-vantage vl; ampicillin 2 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulb 1.5 g add vial; ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl; ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 1 gm pwd packet EC	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg, 500 mg, 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin i.v. 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 2 gm vial DL	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
BETHKIS 300 MG/4 ML, SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg, vial; cefazolin 10 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefa zolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose; cefazolin 2 g/50 ml-dextrose EC	\$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
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
cefotaxime sodium 1 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag EC	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ceprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
ceprozil 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback EC	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone 1 gm add-vant vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg, vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm add vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg, vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 250 mg, 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
chloramphen na succ 1 gm vl EC	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w; ciprofloxacin 400 mg/200ml-d5w EC	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, sus EC	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin er 500 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml,-ns EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 2% vaginal cream EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl EC	\$0 (Nivel 1)	
colistimethate 150 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin 350 mg, 500 mg, vial 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
demeclocycline 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
DIFICID 40 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg, intravenous solution EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg, 20 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline 25 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
ertapenem 1 gram, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin dr 250 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 80 mg/2 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 750 mg/30 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml,-d5w EC	\$0 (Nivel 1)	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml, susp DL	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
linezolid 600 mg/300 ml,-d5w EC	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 600mg/300ml-0.9%nacl EC	\$0 (Nivel 1)	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 EC	\$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
methenamine hipp 1 gm tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel; metronidazole vaginal 0.75% gl EC	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg/100 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin hcl 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm bulk vial EC	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj; nafcillin 2 gm/ 100 ml inj DL	\$0 (Nivel 2)	
neomycin 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml, susp DL	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG,-7 DAY WITH LOAD DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG, TABLET-7 DAY DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 14 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ORBACTIV 400 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (3 cada 28 días)
paromomycin 250 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
penicillin gk 20 million unit, 5 million unit, EC	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g 600,000 unit/1 ml DL	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g na 5 million unit, DL	\$0 (Nivel 1)	
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
penicillin vk 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit, solution for injection DL	\$0 (Nivel 1)	
piperacil-tazobact 13.5 gm vl; piperacil-tazobact 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram;; piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulfate vial EC	\$0 (Nivel 1)	
PRIMSON 50 MG/5 ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
SIVEXTRO 200 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 28 días)
streptomycin sulf 1 gm vial 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
sulfacetamide 10% eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
sulfadiazine 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp ss tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-tmp iv vial EC	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-tmp susp EC	\$0 (Nivel 1)	
SUPRAX 400 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
SYNERCID 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TEFLARO 400 MG, 600 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
tigecycline 50 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 300 mg/4 ml, ampule DL	\$0 (Nivel 1)	AP
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
trimethoprim 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 500 mg, vial; vancomycin hcl 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 500 mg, vial; vancomycin hcl 10 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin hcl 125 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	

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)	AP,LC (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BANZEL 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
carbamazepine 100 mg, tab chew EC	\$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
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml, susp; carbamazepine 200 mg/10ml susp EC	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
carbamazepine er 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
clobazam 10 mg, 20 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP
clobazam 2.5 mg/ml, suspension DL	\$0 (Nivel 1)	AP
DIACOMIT 250 MG, 500 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG, ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT DL	\$0 (Nivel 2)	
diazepam 10 mg rectal gel syst; diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg, rectal gel sys; diazepam 20 mg rectal gel syst DL	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN 30 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN EXTENDED 100 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS 50 MG, CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML, ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
divalproex dr 125 mg, cp(sprnk) EC	\$0 (Nivel 1)	
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
divalproex sod er 250 mg, 500 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
epitol 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA 25 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 400 mg, 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 600 mg/5 ml, susp DL	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml,; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml, v ^l EC	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (270 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 250 mg/5 ml soln; gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml), soln; gabapentin 300 mg/6 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14), tablet; lamotrigine odt 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14), tablet; lamotrigine odt kit (blue); lamotrigine odt kit (green); lamotrigine odt kit (orange); lamotrigine tab start kit-blue; lamotrigine tab start kt-green; lamotrigine tab start kt-orang EC	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg, 5 mg, disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg, disper tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 1,000 mg, 500 mg, 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml, soln; levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 250 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
levetiracetam er 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
levetiracetam er 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 EC	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML), NASAL SPRAY DL	\$0 (Nivel 2)	LC (10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp EC	\$0 (Nivel 1)	
PEGANONE 250 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg, tablet chew EC	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg/ml, vial EC	\$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
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
primidone 250 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
roweepra xr 500 mg, tablet,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg, tablet,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml, suspension DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35), tablets in a dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG, ORAL FILM DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
tiagabine hcl 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg, sprinkle cap EC	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
valproate sod 500 mg/5 ml vi EC	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg/5 ml soln; valproic acid 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml), soln; valproic acid 500 mg/10 ml sol EC	\$0 (Nivel 1)	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML), NASAL SPRAY; VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY DL	\$0 (Nivel 2)	LC (10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg, powder packt DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
vigadrona 500 mg, oral powder packet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (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
VIMPAT 200 MG/20 ML, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
XCOPRI 100 MG, 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XCOPRI 250 MG DAILY DOSE PACK; XCOPRI MAINTENANCE PACK 250MG/DAY (150 MG X 1 AND 100 MG X 1) TABLETS; XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK; XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg, capsule EC	\$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 hcl 10 mg, 5 mg, tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml, oral soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
memantine 5-10 mg, titration pk EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
memantine hcl er 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG, CAPSULE,SPRINKLE,EXTEND RELEASE,DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	LC (28 cada 28 días)
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 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 hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
bupropion hcl 100 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
bupropion hcl sr 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg, 40 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
citalopram hbr 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine succnt er 100 mg, 25 mg, 50 mg;; desvenlafaxine succnt er 100mg EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, CAPSULE,DELAYED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 60 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR, TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
escitalopram 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	LC (600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG, CAPSULE,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml solution EC	\$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
fluoxetine dr 90 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg, odt EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML, ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab EC	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine sulfate 15 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 20 mg/ml, oral conc EC	\$0 (Nivel 1)	
sertraline hcl 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
tranylcypromine sulf 10 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg, cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg, cp EC	\$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl er 150 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 20 MG, 40 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ZULRESSO 5 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 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, 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (6 cada 28 días)
aprepitant 80 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (4 cada 28 días)
compro 25 mg, rectal suppository EC	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (120 cada 30 días)
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial; granisetron hcl 1 mg/ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl 1 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml vial; granisetron hcl 4 mg/4 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide 10 mg/2 ml syr EC	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron odt 4 mg, 8 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron 4 mg/5 ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (450 cada 30 días)
ondansetron 40 mg/20 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 24 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml, syr EC	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 4 mg/2 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg, supp EC	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl EC	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg, 5 mg, tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D

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
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR, TRANSDERMAL PATCH EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D

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, INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMBISOME 50 MG, INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
amphotericin b 50 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
caspofungin acetate 50 mg, 70 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
ciclodan 8 %, topical solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% gel EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77% topical susp EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ciclopirox 8% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1% solution EC	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 10 mg, troche EC	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone crm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone lot EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 28 días)
CRESEMBIA 186 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
CRESEMBIA 372 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ERAIXIS(WATER DILUENT) 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
ERAIXIS(WATER DILUENT) 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole-nacl 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin 125 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
ketoconazole 2% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ketoconazole 2% shampoo EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP
miconazole-3 200 mg, vaginal suppository EC	\$0 (Nivel 1)	
NOXAFL 100 MG, TABLET,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	AP
NOXAFL 200 MG/5 ML (40 MG/ML), ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (840 cada 28 días)
NOXAFL 300 MG/16.7 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
nyamyc 100,000 unit/gram, topical powder EC	\$0 (Nivel 1)	AP
nystatin 100,000 unit/gm cream EC	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gm oint EC	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gm powd EC	\$0 (Nivel 1)	AP
nystatin 100,000 unit/ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 500,000 unit, oral tab EC	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone cream EC	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone ointm EC	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram, topical powder EC	\$0 (Nivel 1)	AP
posaconazole dr 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP
terbinafine hcl 250 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 80 mg, suppository EC	\$0 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
voriconazole 200 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	AP
voriconazole 40 mg/ml susp DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (400 cada 30 días)

AGENTES PARA LA GOTA - Medicamentos utilizados para tratar la gota

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allopurinol 100 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MITIGARE 0.6 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
probenecid 500 mg, tablet EC	\$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
probenecid-colchicine tablet EC	\$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, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
dihydroergotamine 1 mg/ml, amp DL	\$0 (Nivel 1)	
dihydroergotamine 4 mg/ml spry DL	\$0 (Nivel 1)	LC (8 cada 30 días)
EMGALITY PEN 120 MG/ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
EMGALITY 120 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100mg tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (40 cada 30 días)
naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg, odt; rizatriptan 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml, cart EC	\$0 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml, inject EC	\$0 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)

AGENTES ANTIMIASETÍNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
guanidine hcl 125 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
pyridostigmine br 30 mg, 60 mg, tablet EC	\$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.



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
CAPASTAT 1 GRAM, SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
cycloserine 250 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	
dapsone 100 mg, 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml, solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM, GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	
PRIFTIN 150 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
rifabutin 150 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
rifampin iv 600 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
RIFATER TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
SIRTURO 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	

ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abiraterone acetate 250 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG, INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ADCETRIS 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
adriamycin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml, intravenous solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
ADRIAMYCIN 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ALECENSA 150 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
ALIQOPA 60 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG, 90 MG (7)- 180 MG (23), TABLET; ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
<i>amifostine 500 mg, vial</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>anastrozole 1 mg, tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>arsenic trioxide 10 mg/10ml vl; arsenic trioxide 12 mg/6 ml vl</i> DL	\$0 (Nivel 1)	AP
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 28 días)
ASPARLAS 750 UNIT/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
AVASTIN 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg, vial</i> DL	\$0 (Nivel 1)	AP
BALVERSA 3 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
BELEODAQ 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
BENDEKA 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>bexarotene 75 mg, capsule</i> DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg, tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
BICNU 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
BLENREP 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit, vial</i> EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
<i>bortezomib 3.5 mg, iv vial</i> DL	\$0 (Nivel 2)	AP
BOSULIF 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml, vial</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX 60 MG/10 ML, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$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
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
carboplatin 150 mg/15 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
carmustine 100 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cisplatin 100 mg/100 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cladribine 10 mg/10 ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D
clofarabine 20 mg/20 ml, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 20 MG/20 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY), CAPSULES DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
COTELLIC 20 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg, vial; cyclophosphamide 2 gm vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
CYRAMZA 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
cytarabine 20 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
cytarabine 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml, vial; cytarabine 100 mg/5 ml vial; cytarabine 2 g/20 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
dacarbazine 100 mg, 200 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
dactinomycin 500 mcg vial DL	\$0 (Nivel 1)	
DANYELZA 4 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
daunorubicin 20 mg/4 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
DAURISMO 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
decitabine 50 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	AP

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
dexrazoxane 250 mg, 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
DOCEFREZ 20 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
DOCEFREZ 80 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
docetaxel 160 mg/16 ml vial; docetaxel 160 mg/8 ml vial; docetaxel 20 mg/2 ml vial; docetaxel 20 mg/ml vial; docetaxel 200 mg/10 ml vial; docetaxel 80 mg/4 ml vial; docetaxel 80 mg/8 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
doxorubicin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml, vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
doxorubicin liposome 50mg/25ml DL	\$0 (Nivel 1)	AP
ELZONRIS 1,000 MCG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
EMPILICITI 300 MG, 400 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ENHERTU 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml, vial; epirubicin hcl 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ERIVEDGE 150 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
ERLEADA 60 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
erlotinib hcl 100 mg, 150 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
erlotinib hcl 25 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT, VIAL DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ETOPOPHOS 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
etoposide 100 mg/5 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
everolimus 2 mg, 3 mg, 5 mg, tab for susp DL	\$0 (Nivel 1)	AP
EVOMELA 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
exemestane 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 21 días)
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml, vial; fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
flutamide 125 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml, syring DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
GAVRETO 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
gemcitabine 1 gram/26.3 ml vl; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vl; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vl; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml), vial EC	\$0 (Nivel 1)	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
HERCEPTIN 150 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
HERCEPTIN HYLECTA 600 MG-10,000 UNIT/5 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (5 cada 21 días)
hydroxyurea 500 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vl DL	\$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/60 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
imatinib mesylate 100 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
imatinib mesylate 400 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
IMFINZI 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML, SUSPENSION FOR INJECTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML, SUSPENSION FOR INJECTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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
IRESSA 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml, vial; irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml, v/ EC	\$0 (Nivel 1)	
ISTODAX 10 MG/2 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
KANJINTI 150 MG, 420 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
KEYTRUDA 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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; LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE; LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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)	AP,LC (60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
leucovorin cal 100 mg/10 ml v/ l ; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg, vial; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg, v/ l EC	\$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
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
levoleucovorin 10 mg/ml, 50 mg, vial; levoleucovorin 175 mg/17.5 ml DL	\$0 (Nivel 1)	AP
LIBTAYO 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 21 días)
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
LYNPARZA 100 MG, 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP
MATULANE 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
melphalan 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
melphalan 50 mg, vial w-diluent EC	\$0 (Nivel 1)	
mercaptopurine 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
mitoxantrone 30 mg/15 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
NERLYNX 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
nilutamide 150 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML, INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
ONIVYDE 4.3 MG/ML, INTRAVENOUS DISPERSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ONUREG 200 MG, 300 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml), vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
PADCEV 20 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 %, TOPICAL GEL DL	\$0 (Nivel 2)	
paraplatin 10 mg/ml, intravenous solution EC	\$0 (Nivel 1)	
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 21 días)
PEPAXTO 20 MG, VIAL DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET; PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
RIABNI 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
RITUXAN 10 MG/ML, CONCENTRATE,INTRAVENOUS DL	\$0 (Nivel 2)	AP
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (13.4 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
romidepsin 10 mg kit DL	\$0 (Nivel 1)	AP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL DL	\$0 (Nivel 1)	AP
ROZLYTREK 100 MG, 200 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
RYBREVANT 50 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
SARCLISA 20 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
SCEMBLIX 20 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, cap; sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (28 cada 28 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
TALZENNA 1 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
TARGETIN 1 %, TOPICAL GEL DL	\$0 (Nivel 2)	AP
TARGETIN 75 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 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
TEMODAR 100 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (27 cada 30 días)
temsirolimus 25 mg vial DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg, vial DL	\$0 (Nivel 1)	
thiotepa 15 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (5 cada 21 días)
topotecan hcl 1 mg/ml (1 ml), 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml), vial; topotecan hcl 1 mg/ml vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial DL	\$0 (Nivel 1)	
toremifene citrate 60 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
TREANDA 100 MG, 25 MG, INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
tretinoin 10 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
TRODELVY 180 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1), CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2), CAPSULE; TRUSELTIQ 125MG/DAY(100 MG X1-25MG X1) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3), CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TURALIO 200 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TYKERB 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
UKONIQ 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
VALCHLOR 0.016 %, TOPICAL GEL DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
VELCADE 3.5 MG, SOLUTION FOR INJECTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
VENCLEXTA 10 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 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
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml, intravenous solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
VISTOGARD 10 GRAM, ORAL GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
WELIREG 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 28 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40 MG/WEEK (20 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2), TABLET; XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY DOSE; XPOVIO 40 MG TWICE WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY DOSE; XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1), TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY DOSE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (24 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
YEROVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
YONDELIS 1 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ZANOSAR 1 GRAM, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
ZEJULA 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ZIRABEV 25 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ZOLINZA 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albendazole 200 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone 750 mg/5 ml, susp DL	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 EC	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
ivermectin 3 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
KRINTAFEL 150 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
mefloquine hcl 250 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG, SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
nitazoxanide 500 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG, SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
pentamidine 300 mg, inhal powdr EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
pentamidine 300 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
primaquine 26.3 mg, tablet EC	\$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
quinine sulfate 324 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (42 cada 7 días)

AGENTES ANTIPARKINSONIANOS - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amantadine 100 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
amantadine 50 mg/5 ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	
APOKYN 10 MG/ML, SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
benztropine 2 mg/2 ml ampule EC	\$0 (Nivel 1)	
benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
bromocriptine 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levo 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg, odt; carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab EC	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab EC	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta; carbidopa-levodopa 125 mg-enta; carbidopa-levodopa 150 mg-enta; carbidopa-levodopa 50 mg-enta; carbidopa-levodopa 75 mg-enta EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa 200 mg-enta EC	\$0 (Nivel 1)	
entacapone 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 10-15-20-25-30 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG, SUBLINGUAL FILM; KYNMOBI 10 MG-15 MG-20 MG-25 MG-30 MG SUBLINGUAL FILM DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR, TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg, tablet EC	\$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
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	

ANTIPSICÓTICOS - 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 MAINTENA 300 MG, 400 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG, SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml, solution DL	\$0 (Nivel 1)	LC (750 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ariPIPRAZOLE odt 10 mg, 15 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML, SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML, SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML, SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML, SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML, SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (2.4 cada 42 días)
asenapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet sl EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPLYTA 42 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml, conc EC	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml, amp EC	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
clozapine 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (135 cada 30 días)
clozapine 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
clozapine odt 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
clozapine odt 12.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP
clozapine odt 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (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
clozapine odt 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (135 cada 30 días)
clozapine odt 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (1080 cada 30 días)
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2), 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml, elix EC	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine 2.5 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine 5 mg/ml, conc EC	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml, amp; haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lac 2 mg/ml, conc EC	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lac 5 mg/ml, syring EC	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lac 5 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (0.875 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1.315 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2.625 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
LYBALVI 10 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 15 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 20 MG-10 MG TABLET; LYBALVI 5 MG-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
molindone hcl 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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
NUPLAZID 34 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine odt 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
olanzapine odt 15 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS 120 MG, 90 MG, ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXT. RELEASE SUSPENSION SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
quetiapine fumarate 100 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
quetiapine fumarate 300 mg, 400 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML, INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, odt; risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg, odt; risperidone 0.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	
SAPHRIS 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, SUBLINGUAL TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR, TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ziprasidone 20 mg/ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (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
ZYPREXA RELPREVV 300 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)

AGENTES ANTIESPASMÓDICOS - Medicamentos utilizados para relajar los espasmos musculares

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
baclofen 10 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
baclofen 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abacavir 20 mg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
abacavir 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab DL	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 400 mg, 800 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 1 gm vial; acyclovir sodium 1,000 mg, 50 mg/ml, 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
adefovir dipivoxil 10 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	
APTVUS 250 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
APTVUS 100 MG/ML, SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (285 cada 28 días)
atazanavir sulfate 150 mg, 200 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (630 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
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML-600 MG/2 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE; CABENUVA 600 MG/3 ML-900 MG/3 ML IM SUSPENSION, EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (50 cada 365 días)
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CRIXIVAN 200 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (270 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
didanosine dr 250 mg, 400 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
efavir-emtri-tenof 600-200-300 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 400-300-300; efavir-lamiv-tenof 600-300-300 DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 100-150mg; emtricitabine-tenofv 133-200mg; emtricitabine-tenofv 167-250mg; emtricitabine-tenofv 200-300mg DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EPCLUSA 150 MG-37.5 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET; EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML), ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
etravirine 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
etravirine 200 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (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
ganciclovir 50 mg/ml, 500 mg, vial; ganciclovir 500 mg/10 ml vial DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET; HARVONI 90 MG-400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
INTELENCE 100 MG, 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG, CHEWABLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG, ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG, CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml, oral soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
lamivudine 150 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML, ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml EC	\$0 (Nivel 1)	
lopinavir-ritonavir 100-25mg tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
lopinavir-ritonavir 200-50mg tb DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
nevirapine 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
NORVIR 100 MG, ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
oseltamivir 6 mg/ml, suspension EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1440 cada 365 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
oseltamivir phos 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (224 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (112 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION, POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 180 días)
RESCRIPTOR 200 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
RETROVIR 10 MG/ML, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 50 MG, ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	
ribavirin 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
rimantadine hcl 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ritonavir 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SELZENTRY 150 MG, 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1800 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
tenofovir disop fum 300 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG, 25 MG, 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG, TABLET FOR ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML), INTRAVENOUS 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
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TYBOST 150 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir 450 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
valganciclovir hcl 50 mg/ml, DL	\$0 (Nivel 1)	LC (1056 cada 30 días)
VIDEX 2 GM PEDIATRIC SOLN EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX EC 125 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM), ORAL POWDER DL	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG, 40 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 365 días)
zidovudine 100 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1680 cada 28 días)
ZIRGAN 0.15 %, EYE GEL EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 30 días)

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg odt; clonazepam 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet DL	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg, 5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (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
diazepam 5 mg/5 ml solution DL	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml, oral conc DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml, oral concentrate DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg/ml, oral conc EC	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine 10 mg/5 ml, syrup EC	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml, oral concent DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml, oral concentrate DL	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate er 300 mg, 450 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
lithium 8 meq/5 ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION, NASAL SPRAY EC	\$0 (Nivel 2)	
diazoxide 50 mg/ml, oral susp DL	\$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$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
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS CARTRIDGE EC	\$0 (Nivel 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG, INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, tab; glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
glyburid-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg,; glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (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
JARDIANCE 10 MG, 25 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metformin hcl er 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nateglinide 120 mg, 60 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30), SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SUSP EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS CARTRIDG EC	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$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
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML), 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	LC (3 cada 28 días)
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
PROGLYCEM 50 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML, SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 2)	LC (15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	LC (10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML), SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (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, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML), SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	LC (9 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
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML), SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 2)	LC (15 cada 30 días)

PRODUCTOS SANGUENOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMICAR 250 MG/ML (25 %), ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
aminocaproic acid 0.25 gram/ml DL	\$0 (Nivel 1)	
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg, tab DL	\$0 (Nivel 1)	
anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
aspirin-dipyridam er 25-200 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	TP,LC (60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG, INJECTION KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
COUMADIN 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ELIQUIS 2.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml, syringe EC	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml, syr EC	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml, syr EC	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	LC (84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml, syr EC	\$0 (Nivel 1)	LC (11.2 cada 28 días)
FULPHILA 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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
heparin 10,000 unit/10 ml vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml, vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml, EC	\$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 EC	\$0 (Nivel 1)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML), SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML, WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML, INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML, INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML, INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML, INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML, INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML, INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (360 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG, ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML, INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
warfarin sodium 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO 10 MG, 20 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK EC	\$0 (Nivel 2)	LC (51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML, INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 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
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML, INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)

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 EC	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide er 500 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide sod 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
aliskiren 150 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
amiloride hcl 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 150 mg/3 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 150 mg/3 ml, syringe EC	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone hcl 100 mg, 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone hcl 400 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 10 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 2.5 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg,; amlodipine-benazepril 2.5-10 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 EC	\$0 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg, tab; bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$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
bumetanide 2.5 mg/10 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
BYSTOLIC 10 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg, tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg, tab; candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
chlorothiazide sod 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine packet; cholestyramine powder EC	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram, oral powder; cholestyramine light 4 gram, powder for susp in a packet EC	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light packet EC	\$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl 1 gm tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl granules EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1000 cada 30 días)
colestipol hcl granules packet EC	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
DEMSER 250 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg tablet; digoxin 250 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule, extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 100 mg, add-van vial EC	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem 12hr er 120 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
diltiazem 12hr er 60 mg, 90 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 120 mg, 180 mg, 240 mg, cp; diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 300 mg, 360 mg, 420 mg, cp; diltiazem 24hr er 300 mg, 360 mg, 420 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 120 mg, 180 mg, 240 mg, cp EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML, ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
droxidopa 100 mg, 200 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
droxidopa 300 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg, tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ethacrynone sodium 50 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
ezetimibe 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg, 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml), solution; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 20 mg/ml, vial EC	\$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
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, cp EC	\$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
irbesartan-hctz 300-12.5 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononit 10 mg, 20 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg,; isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
isradipine 2.5 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
labetalol hcl 100 mg/20 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
methazolamide 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tart 5 mg/5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg, tab; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
nebivolol 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
NEXLIZET 180 MG-10 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
niacor 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine er 30 mg, 60 mg, 90 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr, patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg, tablet sl EC	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg/hr, patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg spray EC	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 5 mg/ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
NORTHERA 100 MG, 200 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 20 mg, 40 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
omega-3 ethyl esters 1 gm cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	
pacerone 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
PACERONE 400 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
pentoxifylline er 400 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
pindolol 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram, oral powder; prevalite 4 gram, powder for susp in a packet EC	\$0 (Nivel 1)	
procainamide 1,000 mg/10 ml vl; procainamide 1,000 mg/2 ml vl EC	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg, tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
propafenone hcl er 425 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml), vial; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, tablet EC	\$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
propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
ranolazine er 1,000 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML, SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone-hctz 25-25 tab EC	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg;; telmisartan-amlodipine 80-10 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg, capsule,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg, tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, cp EC	\$0 (Nivel 1)	
triklo 1 gm capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
verapamil 10 mg/4 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
verapamil er pm 100 mg, 200 mg, 300 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
verapamil sr 120 mg, 180 mg, 240 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
verapamil sr 360 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 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 hcl 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg, 60 mg, 80 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG, SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
dalfampridine er 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 10 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
dextroamphetamine 15 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
dextroamphetamine 20 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
dextroamphetamine 30 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (150 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
dextroamp-amphetam 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg, tab; dextroamp-amphetamin 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg, tab; dextroamp-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 30 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG, 0.5 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml, syringe DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml, syringe DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml, subcutaneous syringe DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml, subcutaneous syringe DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (12 cada 28 días)
guanfacine hcl er 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
riluzole 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
RUZURGI 10 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42), 25 MG, 50 MG, TABLET; SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG, CAPSULE,DELAYED RELEASE; TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG, CAPSULE,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (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.



AGENTES DENTALES Y ORALES - Medicamentos utilizados para tratar las 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
chlorhexidine 0.12% rinse EC	\$0 (Nivel 1)	
oralone 0.1 %, dental paste EC	\$0 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 %, mouthwash EC	\$0 (Nivel 1)	
periogard 0.12 %, mouthwash EC	\$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
triamicinolone 0.1% paste EC	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
accutane 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
accutane 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
acitretin 10 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
acitretin 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP
adapalene 0.1% gel; adapalene 0.3% gel; adapalene 0.3% gel pump EC	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
ammonium lactate 12% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate 12% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	
amnesteem 10 mg, 20 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% crm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% lot EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% oint EC	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
betamethasone va 0.1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
betamethasone va 0.1% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
betamethasone valer 0.1% ointm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% crm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% gel EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% lot EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
betamethasone dp aug 0.05% oin EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 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
calcipotriene 0.005% cream EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
claravis 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
clindamycin ph 1% gel EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clindamycin ph 1% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clindamycin phos 1% plegket EC	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosp 1% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clobetasol 0.05% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
clobetasol 0.05% gel EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
clobetasol emollient 0.05% crm EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
cormax 0.05% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
desonide 0.05% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
desonide 0.05% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
desoximetasone 0.25% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
desoximetasone 0.25% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
ery pads 2 %, topical swab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
erythromycin 2% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.025% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% solution EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
fluocinolone 0.025% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01% scalp oil EC	\$0 (Nivel 1)	LC (118.28 cada 30 días)
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% topical soln EC	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone prop 0.005% oint EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
fluticasone prop 0.05% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 2.5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	LC (236 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
hydrocortisone val 0.2% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone val 0.2% ointmt EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
imiquimod 5% cream packet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
lindane 1% shampoo EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
malathion 0.5% lotion EC	\$0 (Nivel 1)	
methoxsalen 10 mg, softgel DL	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate 0.1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
mometasone furoate 0.1% oint EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
mometasone furoate 0.1% soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
mupirocin 2% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
myorisan 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
permethrin 5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
pimecrolimus 1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (100 cada 30 días)
podofilox 0.5% topical soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 %, topical cream perineal applicator EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
procto-pak 1 %, topical cream perineal applicator EC	\$0 (Nivel 1)	LC (28.4 cada 30 días)
proctosol hc 2.5 %, topical cream perineal applicator EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 %, topical cream perineal applicator EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 %, TOPICAL GEL DL	\$0 (Nivel 2)	AP
SANTYL 250 UNIT/GRAM, TOPICAL OINTMENT EC	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
SSD 1 %, TOPICAL CREAM EC	\$0 (Nivel 1)	
tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (200 cada 30 días)
tazarotene 0.1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAZORAC 0.05 %, 0.1 %, TOPICAL GEL EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (200 cada 30 días)
tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% gel EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (45 cada 30 días)
tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML, INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
zenatane 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN 7 %, WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN 8.5 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN 8.5 %, WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN II 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN II 15 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN II 7 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN II 8.5 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN II 8.5 %, WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN M 3.5 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN-PF 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN-PF 7 %, (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
AMINOSYN-RF 5.2 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
calcium acetate 667 mg, gelcap EC	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate 667 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
CARBAGLU 200 MG, DISPERSIBLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP
CHEMET 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5 %, IN 15 %, DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 5%-25% SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25%-25% SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25 %, IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25 %, IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D

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 5 %, IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 2.75 %, IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 4.25 %, IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 5 %, IN 15 %, DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 5 %, IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 5%-25% SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CLINOLIPID 20 %, INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
clovique 250 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
dextrose 10%-0.45% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
deferasirox 125 mg, 180 mg, 250 mg, 360 mg, 500 mg, 90 mg, tablet; deferasirox 125 mg, 180 mg, 250 mg, 360 mg, 500 mg, 90 mg, tb for susp DL	\$0 (Nivel 1)	AP
DEPEN TITRATABS 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10%-water iv solution EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-water iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-electrolyte 48 EC	\$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
HEPATAMINE 8% IV SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
INTRALIPID 20 %, 30 %, INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 %, DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
kionex 15 gm/60 ml suspension EC	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 MEQ, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON 8 MEQ, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	
klor-con m10 meq, tablet,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 MEQ, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 meq, tablet,extended release EC	\$0 (Nivel 1)	
lactated ringers injection EC	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 1 g/10 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM, ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w EC	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 20 g/500 ml bag EC	\$0 (Nivel 1)	
NEPHRAMINE 5.4% IV SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 %, DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 %, INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
penicillamine 250 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
d5%-1/2ns-kcl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1125 cada 30 días)
potassium cl 20 meq/10 ml conc EC	\$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 cl 20% (40 meq/15ml) EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl er 10 meq, 15 meq, 20 meq, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl er 10 meq, 8 meq, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 20 meq/1,000ml-ns; potassium cl 40 meq/1,000ml-ns EC	\$0 (Nivel 1)	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, iv solution; kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l, in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution EC	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, sol EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl EC	\$0 (Nivel 1)	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 40 meq/l, iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl EC	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl EC	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% EC	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg), tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab EC	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack EC	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release EC	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack EC	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release EC	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
PREMASOL 6% IV SOLUTION EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
ringer's iv solution EC	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer 0.8 gm powder packet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet DL	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 %, INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
sodium bicarb 8.4% abboject EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 100 meq/40 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
saline 0.45% soln-excel con EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.45% soln EC	\$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% solution EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% vial EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 3% iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5% iv soln EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium lactate 50 meq/10 ml vl EC	\$0 (Nivel 1)	
sod polystyren sulf 15 g/60 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulf powder EC	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
trientine hcl 250 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
TROPHAMINE 10 %, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
TROPHAMINE 6% IV SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
westab plus 27 mg iron-1 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHENODAL 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cimetidine 300 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
constulose 10 gram/15 ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5 EC	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 EC	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
esomeprazole mag dr 20 mg, 40 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
famotidine 20 mg, 40 mg, tablet EC	\$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
famotidine 40 mg/4 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 40 mg/5 ml susp EC	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg/2 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg piggyback EC	\$0 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG, SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG, SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution EC	\$0 (Nivel 1)	
lansoprazole dr 15 mg, 30 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sodium 40 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
peg-3350 and electrolytes soln EC	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolyte solution EC	\$0 (Nivel 1)	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
sucralfate 1 gm tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
trilyte with flavor packets EC	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol 250 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
XIFAXAN 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9 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
XIFAXAN 550 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)

TRASTORNOS GENÉTICOS O ENZIMÁTICOS O PROTEINA: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CERDELGA 84 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP
CEREZYME 400 UNIT, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML, ORAL POWDER DL	\$0 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
EVRYSDI 0.75 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
KUVAN 100 MG, 500 MG, ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP
KUVAN 100 MG, SOLUBLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP
LUMIZYME 50 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
nitisinone 10 mg, 2 mg, 5 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION; PROLASTIN-C 1,000 MG, 1,000 MG (+/-)/20 ML, INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML), INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
sapropterin 100 mg, 500 mg, powder pkt DL	\$0 (Nivel 1)	AP
sapropterin 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP
sodium phenylbutyrate powder DL	\$0 (Nivel 1)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
SUCRAID 8,500 UNIT/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
VYNDAMAX 61 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZOKINVY 50 MG, 75 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alfuzosin hcl er 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
dutasteride 0.5 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
finasteride 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
flavoxate hcl 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML, ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin 5 mg/5 ml, syrup EC	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
solifenacin 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
THIOLA 100 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
tiopronin 100 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (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.



AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENALES) -

Medicamentos utilizados para tratar la inflamación

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
a-hydrocort 100 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
cortisone 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml, elx EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml, liq EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml, drops (concentrate) EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, syring EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 4 mg/ml, syringe EC	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone 0.1 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg, tab; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
methylprednisolone 4 mg, dosepk EC	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml, vl EC	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone ss 1 gm vl; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg,; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg, vl EC	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml soln; prednisolone 20 mg/5 ml soln; prednisolone 5 mg/5 ml soln; prednisolone sod ph 25 mg/5 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
prednisone 10 mg, 5 mg, tab dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
prednisone intensol 5 mg/ml, oral concentrate EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
SOLU-MEDROL 2 GRAM, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML, INTRAVENOUS SOLUTION; SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML, SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.1% lotion EC	\$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
triamicinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.5% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 %, topical cream EC	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML), ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	

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 GONAD 10,000 UNIT, VL DL	\$0 (Nivel 2)	AP
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr EC	\$0 (Nivel 1)	LC (25 cada 30 días)
desmopressin ac 4 mcg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
desmopressin acetate 0.1 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
EGRIFTA SV 2 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML), SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP
OMNITROPE 5.8 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
STIMATE 1.5 MG/ML NASAL SPRAY DL	\$0 (Nivel 2)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
amethia lo tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
ANADROL-50 TABLET 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
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
bekyree 28 day tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL; COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL EC	\$0 (Nivel 2)	LC (8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML, INTRAMUSCULAR OIL EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 30 días)
desogestr-eth estrad eth estra EC	\$0 (Nivel 1)	
desogestrel-ee 0.15-0.03 mg, tb EC	\$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
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, transdermal patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (8 cada 28 días)
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.01% cream EC	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.025 mg patch(1/wk); estradiol 0.0375mg patch(1/wk); estradiol 0.05 mg patch (1/wk); estradiol 0.06 mg patch (1/wk); estradiol 0.075 mg patch(1/wk); estradiol 0.1 mg patch (1/wk) EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg patch(2/wk); estradiol 0.0375mg patch(2/wk); estradiol 0.05 mg patch (2/wk); estradiol 0.075 mg patch(2/wk); estradiol 0.1 mg patch (2/wk) EC	\$0 (Nivel 1)	LC (8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg, tablet; estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg, vaginal insrt EC	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 100 mg/5 ml; estradiol valerate 200 mg/5 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg, tab; estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg; ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg EC	\$0 (Nivel 1)	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
gianvi 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
heather 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91), tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
introvale 0.15-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$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
jencycla 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad triphasic EC	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 EC	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lillow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
lyleq 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
yllana 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, transdermal patch EC	\$0 (Nivel 1)	LC (8 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
lyza 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml, EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
megestrol 625 mg/5 ml susp; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml EC	\$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
METHITEST 10 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
milli 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 EC	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb; norethind-eth estrad 1-0.02 mg EC	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
noreth-ee-fe 1-0.02(21)-75 tab; noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75 EC	\$0 (Nivel 1)	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estra 0.25-0.035 mg EC	\$0 (Nivel 1)	
norlyda 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
ogestrel tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	AP
oxandrolone 10 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (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
oxandrolone 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM, VAGINAL CREAM EC	\$0 (Nivel 2)	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
progesterone 500 mg/10 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
progesterone 100 mg, 200 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
raloxifene hcl 60 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91), tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
SLYND 4 MG (28), TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt; testosterone 1.62% gel pump EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (150 cada 30 días)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (37.5 cada 30 días)
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
testosteron enan 1,000 mg/5 ml EC	\$0 (Nivel 1)	LC (24 cada 90 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarrylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet EC	\$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
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
tulana 0.35 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
vestura (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
viovere (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	

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 EC	\$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 EC	\$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 EC	\$0 (Nivel 2)	
levothyroxine 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 EC	\$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
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
liothyronine sod 10 mcg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg, tablet EC	\$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 EC	\$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 EC	\$0 (Nivel 2)	

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENALES) - Medicamentos utilizados para bajar los niveles de hormonas suprarrenales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LYSODREN 500 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	

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
cabergoline 0.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (16 cada 28 días)
FIRMAGON 120 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kit EC	\$0 (Nivel 1)	
LUPRON DEPOT 3.75 MG, INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 7.5 MG, INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 11.25 MG, 22.5 MG, (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 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
LUPRON DEPOT 30 MG, (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT 45 MG, (6 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED), INTRAMUSCULAR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG, (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
octreotide 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml, vial; octreotide acet 0.05 mg/ml vl; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml, vl EC	\$0 (Nivel 1)	AP
octreotide acet 100 mcg/ml syr; octreotide acet 50 mcg/ml syr; octreotide acet 500 mcg/ml syr EC	\$0 (Nivel 1)	AP
ORGOVYX 120 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG, INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	AP
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML), SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML, NASAL SPRAY DL	\$0 (Nivel 2)	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
TRELSTAR 3.75 MG, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP

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
methimazole 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil 50 mg, tablet EC	\$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 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
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP DL	\$0 (Nivel 2)	
ARCALYST 220 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
azathioprine 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL DL	\$0 (Nivel 2)	
BENLYSTA 120 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
CELLCEPT 200 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CELLCEPT 250 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CELLCEPT 500 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG, INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
COSENTYX 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML,) SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML,) SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg, EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
cyclosporine modified 100mg/ml EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP 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
DENGVAXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3.42 cada 28 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
DUPIXENT 100 MG/0.67 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.34 cada 28 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3.42 cada 28 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION; ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE; ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML), SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML), SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML), SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	AP
everolimus 0.25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
everolimus 0.5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (120 cada 30 días)
everolimus 0.75 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %), 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 %), INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 días)
gengraf 100 mg, 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
gengraf 100 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (24 cada 28 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
HUMIRA 10 MG/0.2 ML, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (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
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT; HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML, SUBCUT KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML, SUBCUT KT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML, SUBCUT SYR KIT; HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML, SUBCUT SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML, SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML, SUBCUT KT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC ULCER COLITIS STARTER 80 MG/0.8 ML, SUBCUT KT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
INFANRIX DTAP VIAL DL	\$0 (Nivel 2)	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
INTRON A 18 MILLION UNIT/3 ML; INTRON A 25 MILLION UNIT/2.5ML DL	\$0 (Nivel 2)	AP
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2.28 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
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX VIAL DL	\$0 (Nivel 2)	
leflunomide 10 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	
methotrexate 2.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
methotrexate 50 mg/2 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	
MONJUVI 200 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
mycophenolate 200 mg/ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
mycophenolate 250 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
mycophenolate 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
mycophenolate 500 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg, tb EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
MYFORTIC 180 MG, TABLET,DELAYED RELEASE EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
MYFORTIC 360 MG, TABLET,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT; PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG, ORAL GRANULES IN PACKET EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D

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, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
REZUROCK 200 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
RIDAURA 3 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
RINVOQ 15 MG, TABLET,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML, SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
RUCONEST 2,100 UNIT, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT DL	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 999 días)
SIMULECT 10 MG, 20 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
sirolimus 1 mg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT; SKYRIZI 150 MG/ML, 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2), SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9.96 cada 365 días)
STELARA 90 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 84 días)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, KIT DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG, INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg, capsule (ir) EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED DL	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 2.4 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	B vs D
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE 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
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML, INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML, INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML, INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 30 días)
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, INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 15,000 UNIT (3,000 MCG)/13 ML INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 5,000 UNIT (1,000 MCG)/4.4 ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
XATMEP 2.5 MG/ML, ORAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
XOLAIR 150 MG, SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	
ZORTRESS 1 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML, SUBCUTANEOUS SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 365 días)

AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA - Medicamentos utilizados para tratar la inflamación estomacal e intestinal

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balsalazide disodium 750 mg, cp EC	\$0 (Nivel 1)	
budesonide ec 3 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	AP
budesonide er 9 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
cocolort 100 mg/60 ml, enema EC	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 100 mg/60 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine 4 gm/60 ml enema EC	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
mesalamine dr 1.2 gm tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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
sulfasalazine 500 mg, tablet; sulfasalazine dr 500 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES PARA ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA - Medicamentos utilizados para tratar el debilitamiento de los huesos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alendronate sodium 10 mg, 5 mg, tab; alendronate sodium 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
calcitonin-salmon 200 units sp EC	\$0 (Nivel 1)	LC (3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml, ampul; calcitriol 1 mcg/ml, solution EC	\$0 (Nivel 1)	
cinacalcet hcl 30 mg, 60 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg, cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2.48 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML, VIAL EC	\$0 (Nivel 2)	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE, SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	LC (24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	LC (48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG, CAPSULE, EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
risedronate sod dr 35 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
TYMOLOS 80 MCG/DOSE (3,120 MCG/1.56 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.56 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
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML), SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.7 cada 28 días)
zoledronic acid 4 mg, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
zoledronic acid 4 mg/5 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D,LC (15 cada 21 días)
zoledronic acid 5 mg/100 ml, EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (100 cada 365 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS - Otros medicamentos que no encajan en otra categoría

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 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", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 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", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
acetylcysteine 6 gram/30 ml v/ EC	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL 70% SWABS EC	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES EC	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", SYRINGE EC	\$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
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS EC	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2", SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML, EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64", EC	\$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;, 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, " EC	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32", EC	\$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 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", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", EC	\$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
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64", EC	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; COMFORT EZ INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 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", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", EC	\$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
CURITY ALCOHOL SWABS EC	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Nivel 1)	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML, ORAL LIQUID DL	\$0 (Nivel 2)	AP
DROPLET INSULIN SYRINGE (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"; DROPLET INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" EC	\$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;; 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," EC	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64", EC	\$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", EC	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16";; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"," EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$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
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 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 5/32", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", SYRINGE; EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2";, EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", " EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML, SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", SYRINGE; EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML, SYRINGE EC	\$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
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, SYRINGE; FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PADS 2"X2" EC	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 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", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 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", EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML, EC	\$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
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; EQL INSULIN 0.3 ML SYRINGE; EQL INSULIN 0.5 ML SYRINGE; INSULIN 1 ML SYRINGE; INSULIN 1/2 ML SYRINGE; INSULIN 3/10 ML SYRINGE; INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML; RELION INS SYR 0.3 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE INS SYR 1 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"; ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYRIN 0.3 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 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 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES MEDICATED EC	\$0 (Nivel 1)	
KORLYM 300 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>lactated ringers irrigation</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE,; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE,"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", EC	\$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
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", EC	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 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 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE, EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE, SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"; COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"; FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE; FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4"; KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G; PEN NEEDLE 12MM 29G; PEN NEEDLE 30G X 8MM; PEN NEEDLE 32G X 3/16"; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLE 8MM 31G; PEN NEEDLES 6MM 31G; RELION PEN NEEDLE 31G 6MM EC	\$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
PENTIPS 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", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16;, PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W), OINTMENT EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
RELI ON 31G X 1/4" NEEDLES EC	\$0 (Nivel 1)	
RELION PEN NEEDLES 32GX5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
ribavirin 6 gm inhalation vial DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D
ringers irrigation solution EC	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% irrig. EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$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
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"; SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4", " EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", " EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", " EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", " EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", " EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS " EC	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM; TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, " EC	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE 0.3 ML 30GX12MM (1/2); TECHLITE 0.5 ML 29GX12MM (1/2); TECHLITE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 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", " EC	\$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
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 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", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8", EC	\$0 (Nivel 1)	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8", EC	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, SYRINGE; TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16";; TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"," EC	\$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
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", SYRINGE; TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 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", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE 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; ULTICARE 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 EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16", 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16", 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB EC	\$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
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16;, ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE,; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 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 5/16", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE,"; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16;, ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16", NEEDLE EC	\$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
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16,; ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16," EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRACARE PEN NEEDLE 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 5/32", 33 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 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 EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16", EC	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", EC	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32", EC	\$0 (Nivel 1)	
sterile water for irrigation EC	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL TOPICAL PADS EC	\$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 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
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
ALCAINE 0.5 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P 0.1 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	
apraclonidine hcl 0.5% drops EC	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
azelastine hcl 0.05% drops EC	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 500 unit/gm ophth EC	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint EC	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol hcl 0.5% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp EC	\$0 (Nivel 1)	
carteolol hcl 1% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 0.3% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 25 días)
cromolyn 4% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
CYSTARAN 0.44 %, EYE DROPS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
dexamethasone 0.1% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac 0.1% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
DUREZOL 0.05 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 0.5% eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
fluorometholone 0.1% drops EC	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
gentak 0.3 % (3 mg/gram), eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 %, EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (3 cada 30 días)
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution EC	\$0 (Nivel 1)	
latanoprost 0.005% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	LC (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN 5 %, EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$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
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint EC	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-dexamet eye ointm EC	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-dexameth eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-poly-hc eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
olopatadine hcl 0.2% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
PAZEO 0.7% EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125% EC	\$0 (Nivel 2)	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment EC	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b-tmp eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Nivel 2)	
prednisolone ac 1% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sod 1% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 %, EYE DROPS IN A DROPPERETTE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	LC (5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (2.5 cada 25 días)
sulfacetamide 10% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
sulf-pred 10-0.23% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
timolol 0.25% gfs gel-solution; timolol 0.5% gfs gel-solution EC	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25% eye drop; timolol maleate 0.5% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexameth ophth susp EC	\$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004% eye drop EC	\$0 (Nivel 1)	LC (2.5 cada 25 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
trifluridine 1% eye drops EC	\$0 (Nivel 1)	

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
hydrocortison-acetic acid soln EC	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear soln EC	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear susp EC	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops EC	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES PULMONARES/PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - Medicamentos utilizados para tratar problemas pulmonares, como asma y EPOC

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
albuterol 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, sol; albuterol 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; albuterol sul 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, sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
albuterol hfa 90 mcg inhaler EC	\$0 (Nivel 1)	LC (36 cada 30 días)
albuterol sulf 2 mg/5 ml, syrup EC	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
albuterol sulfate 4 mg, tab EC	\$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
alyq 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml, soln DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION, POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
azelastine 0.1% (137 mcg) spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 25 días)
bosentan 125 mg, 62.5 mg, tablet DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML, SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml, susp EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
CAYSTON 75 MG/ML, SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml, oral conc EC	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml, neb soln DL	\$0 (Nivel 1)	B vs D
ciproheptadine 2 mg/5 ml, syrup EC	\$0 (Nivel 1)	
ciproheptadine 4 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
DALIRESP 250 MCG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
diphenhydramine 50 mg/ml, vial EC	\$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg auto-inject; epinephrine 0.3 mg auto-inject EC	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION, POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION, AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION, AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (10.6 cada 30 días)
flunisolide 0.025% spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (50 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-salmeterol 100-50; fluticasone-salmeterol 250-50; fluticasone-salmeterol 500-50 EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 113-14; fluticasone-salmeterol 232-14; fluticasone-salmeterol 55-14 EC	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 30 días)
fluticasone prop 50 mcg spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (16 cada 30 días)
formoterol 20 mcg/2 ml, neb v ^l EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg, cap EC	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium 0.03% spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray EC	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
ipratropium br 0.02% soln EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml EC	\$0 (Nivel 1)	B vs D
KALYDECO 150 MG, TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 75 MG, ORAL GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
levocetirizine 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg/5 ml, syr EC	\$0 (Nivel 1)	
montelukast sod 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, 5 mg, tab chew EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, granules EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML, SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML, SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET; ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML, SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML, SOLUTION FOR INHALATION DL	\$0 (Nivel 2)	B vs D
sildenafil 10 mg/ml, oral susp DL	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
sildenafil 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION, SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG, AND INHALATION CAPSULES EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION, SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 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
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (10.2 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML, INJECTION SYRINGE; SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML, INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS) EC	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
tadalafil 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, tab; theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
theophylline er 400 mg, 600 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
theophylline er 450 mg, tab EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
TOBI PODHALER 28 MG, CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG, INHALE CAP DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION; TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS; TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N), TABLETS DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION, AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 30 días)
wixela inh 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inh 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inh 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)

RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS - Medicamentos utilizados para relajar los los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carisoprodol 350 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
vanadom 350 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (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.



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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BELSOMRA 10 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG, CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML, ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg, capsule DL	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML, ORAL SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)

MEDICAMENTOS RADIODIAGNÓSTICOS NO PERTENECIENTES A LA PARTE D -

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml, vial (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
FERAHEME 510 MG/17 ML (30 MG/ML), INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML, INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
folic acid 1 mg, tablet (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
folic acid 5 mg/ml, vial (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
GALZIN 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC), CAPSULE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml, (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INFED 50 MG/ML, INJECTION SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INJECTAFER 50 MG IRON/ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MEPHYTON 5 MG, TABLET (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
NASCOBAL 500 MCG/SPRAY, NASAL SPRAY (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
ORACIT 490 MG-640 MG/5 ML ORAL SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
phytonadione 5 mg, tablet (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
promethazine vc-codeine 6.25 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral syrup (*) EC	\$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
promethazine-codeine syrup (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
promethazine-pe-codeine syrup (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
pyridoxine 100 mg/ml, vial (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml, (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
thiamine 200 mg/2 ml vial (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
TRIFERIC 272 MG IRON, POWDER CONC. FOR HEMODIALYSIS (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
VENOFER 100 MG IRON/5 ML, 200 MG IRON/10 ML, 50 MG IRON/2.5 ML, INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit), capsule (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
vitamin k1 10 mg/ml, injection solution (*) EC	\$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA -

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %), cream EC	\$0 (Nivel 4)	
3-DAY VAGINAL 2 %, CREAM EC	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg, suppos EC	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml; acetaminophen 160 mg/5 ml sol EC	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 325 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 650 mg/20.3 ml, EC	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid extra strength 160 mg-105 mg chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
cvs acid reducer 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 %, LOTION EC	\$0 (Nivel 4)	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 %, TOPICAL GEL EC	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
advanced antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
AFTERA 1.5 MG, TABLET 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	LC (300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
all day pain relief 220 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
ALMAZONE SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
ALOE VESTA PROTECTANT OINTMENT 43 %, EC	\$0 (Nivel 4)	
aluminum hydroxide gel EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg), chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg), chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra-strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra-strength 300 mg (750 mg), chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid plus anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid plus anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
anti-itch (hydrocortisone) 1 %, topical cream EC	\$0 (Nivel 4)	LC (240 cada 30 días)
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram, topical ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
antifungal cream (miconazole) 2 %, topical EC	\$0 (Nivel 4)	
ANTISEPTIC SKIN CLEANSER (CHLORHEXIDINE) 4 %, LIQUID 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
arthritis pain relief (capsaicin) 0.075 %, topical cream EC	\$0 (Nivel 4)	
ARTIFICIAL TEARS (PETROLATUM/MINERAL OIL) 83 %-15 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Nivel 4)	
ARTIFICIAL TEARS (POLYVINYL ALCOHOL) 1.4 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops EC	\$0 (Nivel 4)	
aspir-low ec 81 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 325 mg, tablet; aspirin ec 325 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 81 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
aspirin ec 81 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot (clotrimazole) 1 %, topical cream EC	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin 500 unit/gm ointmnt EC	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin zn 500 unit/gm oint EC	\$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
benzoyl peroxide 10% gel; benzoyl peroxide 2.5% gel; benzoyl peroxide 5% gel EC	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 10 %, TOPICAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 5 %, TOPICAL SPRAY EC	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SURGICAL SCRUB 7.5 %, TOPICAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SWABSTICKS 10 %, EC	\$0 (Nivel 4)	
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 %, TOPICAL LIQUID EC	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 10 mg, suppository EC	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl ec 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
bismatrol 262 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
bismatrol 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml, susp; bismatrol 525 mg/30 ml susp EC	\$0 (Nivel 4)	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg), chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
calcium carb 1,250 mg/5 ml sus EC	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 mg-vit d3 5 mcg tb EC	\$0 (Nivel 4)	
capsaicin 0.025% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine hcl 1 mg/ml, soln EC	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
cetirizine hcl 10 mg, 5 mg, chew tab EC	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine hcl 10 mg, 5 mg, tablet 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cetirizine hcl 5 mg/5 ml, soln EC	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	LC (300 cada 30 días)
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	LC (300 cada 30 días)
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml), oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	LC (300 cada 30 días)
children's cetirizine 1 mg/ml, oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	LC (300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
children's diphenhydramine 12.5 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
children's loratadine 5 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
children's mapap 80 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
children's pain relief 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
citrucel 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL (SUCROSE) ORAL POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram, 17 gram/dose, oral powder; clearlax 17 gram, 17 gram/dose, oral powder packet EC	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1% topical cream EC	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1% vaginal cream EC	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-3 2 %, vaginal cream EC	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6 MG-50 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy medicine 25 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin dm syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin-dm 200-20 mg/10 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
diabetic siltussin-dm max str 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
dibucaine 1% ointment 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DIFFERIN 0.1 %, TOPICAL GEL EC	\$0 (Nivel 4)	LC (45 cada 30 días)
diphedryl 12.5 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
DIPHENHIST 25 MG, CAPSULE EC	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 25 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 25 mg, caplet EC	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 25 mg/10 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 6.25 mg/ml, drp EC	\$0 (Nivel 4)	
docu 50 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 100 mg, 250 mg, softgel EC	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 50 mg/5 ml, liq EC	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium mini enema EC	\$0 (Nivel 4)	
docusil 100 mg, softgel EC	\$0 (Nivel 4)	
docusol 283 mg, enema EC	\$0 (Nivel 4)	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML, ENEMA EC	\$0 (Nivel 4)	
DOCUSOL PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Nivel 4)	
DOK 100 MG, 250 MG, CAPSULE; DOK 100 MG, 250 MG, SOFTGEL EC	\$0 (Nivel 4)	
dok 100 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
dok plus tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
double antibiotic (bacitrcn zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
driminate 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ducodyl ec 5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 %, EC	\$0 (Nivel 4)	
ear wax removal drops 6.5 %, EC	\$0 (Nivel 4)	
ear wax removal kit 6.5 %, drops EC	\$0 (Nivel 4)	
econtra ez 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
econtra one-step 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
enema 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML, ENEMA EC	\$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Nivel 4)	
ergocalciferol 8,000 unit/ml EC	\$0 (Nivel 4)	
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250 MG-250 MG-65 MG TABLET 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
EXCEDRIN MIGRAINE 250 MG-250 MG-65 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
famotidine 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ferosul 325 mg (65 mg iron), tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ferrous sulf ec 324 mg tablet; ferrous sulf ec 325 mg tablet; iron 65 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG, RECTAL SUPPOSITORY EC	\$0 (Nivel 4)	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM, ORAL POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (methylcellulose) 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
fiber-lax 625 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML EC	\$0 (Nivel 4)	
fleet glycerin (adult) rectal suppository EC	\$0 (Nivel 4)	
fleet glycerin (child) rectal suppository EC	\$0 (Nivel 4)	
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML, RECTAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA EC	\$0 (Nivel 4)	
formula em solution EC	\$0 (Nivel 4)	
gavilax 17 gram/dose, oral powder EC	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON 80 MG-14.2 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160 MG-105 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254 MG-237.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg, rectal suppository EC	\$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg, tablet,delayed release EC	\$0 (Nivel 4)	
glutose-15 40 %, oral gel EC	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 200 mg/10 ml soln EC	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 0.5% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment EC	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
gnp hydrocort acetate 1% cr; hydrocortisone 0.5% cream 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydrocortisone-aloe 1% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
ibu-200 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen ib 200 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
infant pain reliever 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain relief 160 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
kao-tin 240 mg, softgel EC	\$0 (Nivel 4)	
konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/12 gram, oral powder; konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/12 gram, oral powder packet EC	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL FORMULA-D 3.4 GRAM/6.5 GRAM ORAL POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM, 6 GRAM/6 GRAM, ORAL POWDER; KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM, 6 GRAM/6 GRAM, ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Nivel 4)	
lamisil at 1 %, topical cream EC	\$0 (Nivel 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg, tablet, delayed release EC	\$0 (Nivel 4)	
levonorgestrel 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
lice killing 0.33 %-4 % shampoo EC	\$0 (Nivel 4)	
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo EC	\$0 (Nivel 4)	
lice treatment 1 %, topical liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
lice treatment (permethrin) 1 %, topical liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
lidocaine 4% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
lidocaine anorectal 5% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 1 mg/7.5 ml, susp EC	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 2 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 1)	
loratadine 10 mg, odt; loratadine 10 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 5 mg/5 ml, syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye 57.3 %-42.5 % ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4 %-0.3 % drops EC	\$0 (Nivel 4)	
lubrifresh pm 83 %-15 % eye ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
m-dryl 12.5 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
m-pap 160 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
MAGNEBIND 300 250 MG-300 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia concentrated; sm milk of magnesia suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg, tablet; magnesium oxide 400 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
mapap (acetaminophen) 325 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg, tablet chew EC	\$0 (Nivel 4)	
mi acid suspension; mi-acid max strength liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 1 combination pack EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 2% topical cream; miconazole 2% vaginal cream EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg/5 gram (4 %), vaginal cream EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 4 % (200 mg)-2 % (9 gram) vaginal pack,prefil appl, cream EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 100 mg, vaginal suppository EC	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 2 %, vaginal cream EC	\$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
mintox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200 mg-200 mg-25 mg chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
hm motion relief 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief (meclizine) 25 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML, ORAL LIQUID EC	\$0 (Nivel 4)	
muro 128 2 %, eye drops EC	\$0 (Nivel 4)	
MURO 128 5 %, EYE DROPS EC	\$0 (Nivel 4)	
MURO 128 5 %, EYE OINTMENT 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
my choice 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
my way 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
naproxen sodium 220 mg, caplet EC	\$0 (Nivel 4)	
nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
natura-lax 17 gram/dose, oral powder EC	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative (sugar) 3.4 gram/7 gram, oral powder EC	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber lax powder EC	\$0 (Nivel 4)	
natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
nausea relief oral solution EC	\$0 (Nivel 4)	
new day 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
NICODERM CQ 14 MG/24 HR, 21 MG/24 HR, 7 MG/24 HR, DAILY TRANSDERMAL PATCH EC	\$0 (Nivel 4)	
NICORETTE 2 MG, 4 MG, BUCCAL LOZENGE; NICORETTE 2 MG, 4 MG, BUCCAL MINI LOZENGE EC	\$0 (Nivel 4)	
NICORETTE 2 MG, 4 MG, GUM EC	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 14 mg/24hr patch; nicotine 21 mg/24hr patch; nicotine 7 mg/24hr patch EC	\$0 (Nivel 4)	
nicotine transdermal system EC	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 2 mg, 4 mg, chewing gum EC	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 2 mg, 4 mg, lozenge; nicotine 2 mg, 4 mg, mini lozenge EC	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin pain relief 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
opcicon one-step 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
option-2 1.5 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
PAIN & FEVER 325 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
pain relief extra strength 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever extra strength 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML, RECTAL SOLUTION EC	\$0 (Nivel 4)	
pedialax stool softener 50 mg/15 ml, oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
PEDIACLEAR COUGH 6.25 MG/ML, ORAL DROPS EC	\$0 (Nivel 4)	
peptic relief 262 mg, chew tab EC	\$0 (Nivel 4)	
pharbedryl 25 mg, 50 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
pharbetol 325 mg, 500 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 262 mg, chewable tablet 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pink bismuth 262 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 powd EC	\$0 (Nivel 4)	
povidone-iodine 10% ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
qc povidone-iodine 10% soln EC	\$0 (Nivel 4)	
pramoxine hcl 1% foam EC	\$0 (Nivel 4)	
PROCTOFOAM 1 %, TOPICAL EC	\$0 (Nivel 4)	
PROSHIELD PLUS 1 %, TOPICAL OINTMENT EC	\$0 (Nivel 4)	
pseudoephedrine 30 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ranitidine 75 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Nivel 4)	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH CLASSIC (PF) 1.4 %-0.6 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE EC	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH P.M. 57.3 %-42.5 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Nivel 4)	
REGULOID 3.4 G/12 G POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
reguloid 3.4 g/7 g powder EC	\$0 (Nivel 4)	
reguloid laxative powder EC	\$0 (Nivel 4)	
renal caps 1 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
reno caps 1 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
robafen 100 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough-chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.8 mg/5 ml, oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium tab EC	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.6 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG, TABLET 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
SILACE 50 MG/5 ML, ORAL LIQUID EC	\$0 (Nivel 4)	
SILACE 60 MG/15 ML, ORAL SYRUP EC	\$0 (Nivel 4)	
siladryl sa 12.5 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
silapap 160 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
siltussin dm das 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
siltussin sa 100 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
sodium bicarb 325 mg, 650 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
SODIUM BICARBONATE POWDER EC	\$0 (Nivel 4)	
cvs sodium chloride 5% eye drp EC	\$0 (Nivel 4)	
cvs sodium chloride 5% oint EC	\$0 (Nivel 4)	
sod citrate-citric acid soln EC	\$0 (Nivel 4)	
SORBITOL 70% SOLUTION EC	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg, chewable tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief original 262 mg/15 ml, oral suspension EC	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 60 mg/15 ml, oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
stool softener (docusate calcium) 240 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-laxative 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
sudogest 30 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 30 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
swim ear 95 %-5 % drops EC	\$0 (Nivel 4)	
TAKE ACTION 1.5 MG, TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
terbinafine 1% cream EC	\$0 (Nivel 4)	
sm tioconazole-1 6.5% ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
travel sickness 50 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
TRAVEL SICKNESS 25 MG, TAB CHEW EC	\$0 (Nivel 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg, tablet EC	\$0 (Nivel 4)	
triphrocaps 1 mg, capsule 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.



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT TOPICAL OINTMENT PACKET EC	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG), CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
TUMS E-X 300 MG (750 MG), CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG), CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Nivel 4)	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml, oral liquid EC	\$0 (Nivel 4)	
VANAMINE PD 6.25 MG/ML, DROPS EC	\$0 (Nivel 4)	
virt-caps 1 mg, capsule EC	\$0 (Nivel 4)	
gnp vitamin a and d ointment EC	\$0 (Nivel 4)	
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg, tablet,delayed release 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		
	acyclovir sodium	49
a-hydrocort	79 ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	89
abacavir	49 adapalene	68
abacavir-lamivudine	49 ADCETRIS	33
abacavir-lamivudine-zidovudine	49 adefovir	49
ABELCET	30 ADEMPAS	112
ABILIFY MAINTENA	46 adriamycin	33
abiraterone	33 adult tussin chest congestion	117
ABOUTTIME PEN NEEDLE	96 adult tussin cough congest dm	117
ABRAXANE	33 adult tussin dm	117
acamprosate	17 ADVAIR DISKUS	112
acarbose	54 ADVAIR HFA	112
accutane	68 advanced antacid-antigas	117
acebutolol	60 ADVOCATE PEN NEEDLE	96
acetaminophen	117 ADVOCATE SYRINGES	96
acetaminophen-codeine	14 AFINITOR	33
acetazolamide	60 AFINITOR DISPERZ	33
acetazolamide sodium	60 afirmelle	80
acetic acid	18 AFTERA	117
acetylcysteine	96, 112 AIMOVIG AUTOINJECTOR	32
acid gone antacid	117 ak-poly-bac	110
acid gone antacid e.strength	117 albendazole	44
acid reducer (famotidine)	117 albuterol sulfate	112
acid reducer (ranitidine)	117 ALCaine	110
acitretin	68 ALCOHOL PADS	96
ACNE MEDICATION	117 ALCOHOL PREP PADS	96
ACTHIB (PF)	89 ALCOHOL SWABS	96
ACTIMMUNE	89 ALCOHOL WIPES	96
acyclovir	49 ALECENSA	33

alendronate	95	amiloride-hydrochlorothiazide	60
alfuzosin	78	aminocaproic acid	58
ALIMTA	33	aminophylline	113
ALIQOPA	34	AMINOSYN II 10 %	71
aliskiren	60	AMINOSYN II 15 %	71
all day allergy (cetirizine)	118	AMINOSYN II 7 %	71
all day pain relief	118	AMINOSYN II 8.5 %	71
all day relief	118	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	71
aller-g-time	118	AMINOSYN M 3.5 %	71
allergy (diphenhydramine)	118	AMINOSYN 10 %	71
allergy relief (cetirizine)	118	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	71
allergy relief (loratadine)	118	AMINOSYN 8.5 %	71
allergy relief(diphenhydramin)	118	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	71
allopurinol	31	AMINOSYN-HBC 7%	71
ALMACONE	118	AMINOSYN-PF 10 %	71
almacone-2	118	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	71
ALOE VESTA PROTECTANT OINTMENT	118	AMINOSYN-RF 5.2 %	71
ALPHAGAN P	110	amiodarone	60
alprazolam	53	amitriptyline	27
altavera (28)	80	amlodipine	60
aluminum hydroxide gel	118	amlodipine-benazepril	60
ALUNBRIG	34	ammonium lactate	68
alyq	113	amnesteem	68
amabelz	80	amoxapine	27
amantadine hcl	45	amoxicillin	18
AMBISOME	30	amoxicillin-pot clavulanate	18
ambrisentan	113	amphotericin b	30
amethia lo	80	ampicillin	18
AMICAR	58	ampicillin sodium	18
amifostine crystalline	34	ampicillin-sulbactam	18
amiloride	60	ANADROL-50	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.



anagrelide	58	arsenic trioxide	34
anastrozole	34	arthritis pain relief(capsaic)	119
antacid	118	ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN)	119
antacid (calcium carbonate)	118	ARTIFICIAL TEARS (POLYVIN ALC)	119
antacid ext (mag carb-al hyd)	118	artificial tears(pvalch-povid)	119
antacid ext str (calcium carb)	118	ARZERRA	34
antacid extra-strength	118	asenapine maleate	46
antacid plus anti-gas	118	ASPARLAS	34
antacid regular strength	118	aspir-low	119
antacid-antigas	118	aspirin	119
anti-diarrheal (loperamide)	118	aspirin-dipyridamole	58
anti-itch (hc)	118	ASSURE ID DUO-SHIELD	96
antibiotic (bacitracin zinc)	118	ASSURE ID INSULIN SAFETY	96
antifungal cream (miconazole)	118	ASSURE ID PEN NEEDLE	97
ANTISEPTIC SKIN CLNSR(CHLORHE)	118	atazanavir	49
APOKYN	45	atenolol	60
apraclonidine	110	atenolol-chlorthalidone	60
aprepitant	29	athlete's foot (clotrimazole)	119
apri	81	atomoxetine	66
APTIOM	22	atorvastatin	60
APTIVUS	49	atovaquone	44
APTIVUS (WITH VITAMIN E)	49	atovaquone-proguanil	44
aranelle (28)	81	ATRIPLA	49
ARCALYST	89	atropine	110
arformoterol	113	aubra	81
ariPIPRAZOLE	46	aubra eq	81
ARISTADA	46	aurovela fe 1.5/30 (28)	81
ARISTADA INITIO	46	aurovela fe 1-20 (28)	81
ARMOUR THYROID	86	aurovela 1.5/30 (21)	81
ARNUITY ELLIPTA	113	aurovela 1/20 (21)	81
ARRANON	34	aurovela 24 fe	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.



AUSTEDO	66	BD ECLIPSE LUER-LOK	97
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	97	BD INSULIN SYRINGE	97
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	97	BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	97
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	97	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	97
AVASTIN	34	BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	97
aviane	81	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	97
ayuna	81	BD INSULIN SYRINGE U-500	97
AYVAKIT	34	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	97
azacitidine	34	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	97
azathioprine	89	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	97
azelastine	110, 113	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	97
azithromycin	18	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	97
aztreonam	18	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	97
azurette (28)	81	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	97
B			
bacitracin	18, 110, 119	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	97
bacitracin zinc	119	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	97
bacitracin-polymyxin b	110	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	97
baclofen	49	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	98
balsalazide	94	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	98
BALVERSA	34	bekyree (28)	81
BAND-AID GAUZE PADS	97	BELEODAQ	34
banophen	119	BELSOMRA	116
BANZEL	22	benazepril	60
BAQSIMI	54	benazepril-hydrochlorothiazide	60
BARACLUDE	49	BENDEKA	34
BAVENCIO	34	BENLYSTA	89
BCG VACCINE, LIVE (PF)	89	benzoyl peroxide	119
BD ALCOHOL SWABS	97	benztropine	45
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	97	BESPONSA	34
		BETADINE	119

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.



BETADINE SURGICAL SCRUB	119	BRAFTOVI	34
BETADINE SWABSTICKS	119	BREO ELLIPTA	113
betamethasone dipropionate	68	BREZTRI AEROSPHERE	113
betamethasone valerate	68	BRILINTA	58
betamethasone, augmented	68	brimonidine	110
BETASEPT SURGICAL SCRUB	119	BRIVIACT	22
BETASERON	66	bromocriptine	45
betaxolol	110	BROVANA	113
bethanechol chloride	78	BRUKINSA	34
BETHKIS	18	budesonide	94, 113
bexarotene	34	bumetanide	60, 61
BEXSERO	89	buprenorphine	14
bicalutamide	34	buprenorphine hcl	17
BICILLIN C-R	18	buprenorphine-naloxone	17
BICILLIN L-A	18	bupropion hcl	27
BICNU	34	bupropion hcl (smoking deter)	17
BIDIL	60	buspirone	53
BIKTARVY	50	busulfan	34
bisacodyl	119	BUSULFEX	34
bismatrol	119	butalbital-acetaminophen-caff	14
bisoprolol fumarate	60	butorphanol	14
bisoprolol-hydrochlorothiazide	60	BYSTOLIC	61
BLENREP	34		C
bleomycin	34	CABENUVA	50
blisovi fe 1.5/30 (28)	81	cabergoline	87
blisovi fe 1/20 (28)	81	CABLIVI	58
BOOSTRIX TDAP	89	CABOMETYX	35
BORDERED GAUZE	98	cal-gest antacid	119
bortezomib	34	calcipotriene	69
bosentan	113	calcitonin (salmon)	95
BOSULIF	34	calcitriol	95

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.



calcium acetate(phosphat bind)	71	caziant (28)	81
calcium antacid	119	cefaclor	18
calcium carbonate	119	cefadroxil	18
calcium carbonate-vitamin d3	119	cefazolin	18
CALQUENCE	35	cefazolin in dextrose (iso-os)	18
camila	81	cefdinir	19
camrese lo	81	cefpime	19
candesartan	61	cefixime	19
candesartan-hydrochlorothiazid	61	cefotaxime	19
CAPASTAT	33	cefotetan	19
CAPLYTA	46	cefoxitin	19
CAPRELSA	35	cefoxitin in dextrose, iso-osm	19
capsaicin	119	cefpodoxime	19
captopril	61	cefprozil	19
captopril-hydrochlorothiazide	61	ceftazidime	19
CARBAGLU	71	ceftazidime in d5w	19
carbamazepine	22, 23	ceftriaxone	19
carbidopa-levodopa	45	cefuroxime axetil	19
carbidopa-levodopa-entacapone	45	cefuroxime sodium	19
carboplatin	35	CELLCEPT	89
CAREFINE PEN NEEDLE	98	CELLCEPT INTRAVENOUS	89
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	98	CELONTIN	23
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	98	cephalexin	19
CARETOUCH PEN NEEDLE	98	CERDELGA	77
carisoprodol	115	CEREZYME	77
carmustine	35	cetirizine	119, 120
carteolol	110	CHANTIX	17
cartia xt	61	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	17
carvedilol	61	CHANTIX STARTING MONTH BOX	17
caspofungin	30	chateal eq (28)	81
CAYSTON	113	CHEMET	71

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.



CHENODAL	75 ciprofloxacin hcl	19, 110
child allergy relf(cetirizine)	120 ciprofloxacin in 5 % dextrose	19
child mucus relief expectorant	120 cisplatin	35
child's all day allergy(cetir)	120 citalopram	27
children's acetaminophen	120 citrucel	120
children's allergy (diphenhyd)	120 CITRUCEL (SUCROSE)	120
children's allergy(cetirizine)	120 CITRUCEL SUGAR FREE	120
children's cetirizine	120 cladribine	35
children's diphenhydramine	120 claravis	69
children's loratadine	120 clarithromycin	19
children's mapap	120 clearlax	120
children's pain relief	120 CLICKFINE PEN NEEDLE	98
children's pain-fever relief	120 clindamycin hcl	19
chloramphenicol sod succinate	19 clindamycin in 0.9 % sod chlor	19
chlorhexidine gluconate	68 clindamycin in 5 % dextrose	19
chloroquine phosphate	44 clindamycin pediatric	19
chlorothiazide sodium	61 clindamycin phosphate	19, 69
chlorpromazine	46 CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	72
chlorthalidone	61 CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	72
CHOLBAM	77 CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	72
cholestyramine (with sugar)	61 CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	72
cholestyramine light	61 CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE	72
cholestyramine-aspartame	61 CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	72
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	80 CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	72
ciclodan	30 CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE	71
ciclopirox	30 CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	71
cilostazol	58 CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	71
CIMDUO	50 CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	72
cimetidine	75 CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	71
cimetidine hcl	75 CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE	71
cinacalcet	95 CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	72

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.



CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	72	COMFORT EZ PEN NEEDLES	98
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	72	COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	98
CLINOLIPID	72	COMPLERA	50
clobazam	23	complete allergy	120
clobetasol	69	complete allergy medicine	120
clobetasol-emollient	69	compro	29
clofarabine	35	constulose	75
CLOALAR	35	COPAXONE	66
clomipramine	27	COPIKTRA	35
clonazepam	53	CORLANOR	61
clonidine	61	cormax	69
clonidine hcl	61	cortisone	79
clopidogrel	58	COSENTYX	89
clorazepate dipotassium	53	COSENTYX (2 SYRINGES)	89
clotrimazole	30, 120	COSENTYX PEN	89
clotrimazole-betamethasone	30	COSENTYX PEN (2 PENS)	89
clotrimazole-3	120	COSMEGEN	35
clovique	72	COTELLIC	35
clozapine	46, 47	cough syrup dm	120
COARTEM	44	COUMADIN	58
COLACE	120	CREON	77
COLACE CLEAR	120	CRESEMBA	30
COLACE 2-IN-1	120	CRIXIVAN	50
colestipol	61	cromolyn	110, 113
colistin (colistimethate na)	19	cryselle (28)	81
cocolort	94	CRYSVITA	77
COMBIGAN	110	CURITY ALCOHOL SWABS	99
COMBIPATCH	81	CURITY GAUZE	99
COMBIVENT RESPIMAT	113	cyanocobalamin (vitamin b-12)	116
COMETRIQ	35	cyclafem 1/35 (28)	81
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	98	cyclafem 7/7/7 (28)	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.



cyclobenzaprine	115	deblitane	81
cyclophosphamide	35	decitabine	35
cycloserine	33	deferasirox	72
cyclosporine	89	DELSTRIGO	50
cyclosporine modified	89	demeclacycline	20
cyproheptadine	113	DEM SER	61
CYRAMZA	35	DENGVAXIA (PF)	90
cyred	81	DEPEN TITRATABS	72
cyred eq	81	DEPO-ESTRADIOL	81
CYSTADANE	77	DERMACEA	99
CYSTAGON	77	DESCOVY	50
CYSTARAN	110	desipramine	27
cytarabine	35	desmopressin	80
cytarabine (pf)	35	desog-e.estradiol/e.estradiol	81
D		desogestrel-ethynodiol	81
dacarbazine	35	desonide	69
dactinomycin	35	desoximetasone	69
dalfampridine	66	desvenlafaxine succinate	27
DALIRESP	113	dexamethasone	79
danazol	81	dexamethasone intensol	79
dantrolene	49	dexamethasone sodium phos (pf)	79
DANYELZA	35	dexamethasone sodium phosphate	79, 110
dapsone	33	dexmethylphenidate	66
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	89	dexrazoxane hcl	36
daptomycin	19	dextroamphetamine	66
DARZALEX	35	dextroamphetamine-amphetamine	67
DARZALEX FASPRO	35	dextromethorphan-guaifenesin	120
dasetta 1/35 (28)	81	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	72
dasetta 7/7/7 (28)	81	dextrose 10 % in water (d10w)	72
daunorubicin	35	dextrose 5 % in water (d5w)	72
DAURISMO	35	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	72

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.



dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	72	divalproex	23
diabetic siltussin-dm max str	120	DOCEFREZ	36
DIACOMIT	23	docetaxel	36
DIASTAT ACUDIAL	23	docu	121
diazepam	23, 53, 54	docusate sodium	121
diazepam intensol	54	docusil	121
diazoxide	54	docusol	121
dibucaine	120	DOCUSOL KIDS	121
diclofenac sodium	14, 110	DOCUSOL PLUS	121
dicloxacillin	20	dofetilide	62
dicyclomine	75	DOJOLVI	99
didanosine	50	DOK	121
DIFFERIN	121	dok plus	121
DIFICID	20	donepezil	26
digitek	61	dorzolamide	110
digox	61	dorzolamide-timolol	110
digoxin	61	dotti	82
dihydroergotamine	32	double antibiotic (b.tracn zn)	121
DILANTIN	23	DOVATO	50
DILANTIN EXTENDED	23	doxazosin	62
DILANTIN INFATABS	23	doxepin	54
DILANTIN-125	23	doxercalciferol	95
dilt-xr	61	doxorubicin	36
diltiazem hcl	61, 62	doxorubicin, peg-liposomal	36
diphedryl	121	doxy-100	20
DIPHENHIST	121	doxycycline hyclate	20
diphenhydramine hcl	113, 121	doxycycline monohydrate	20
diphenoxylate-atropine	75	driminate	121
dipyridamole	58	DRIZALMA SPRINKLE	27
disulfiram	17	dronabinol	29
DIURIL	62	DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	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.



DROPLET INSULIN SYRINGE	99	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	100
DROPLET MICRON PEN NEEDLE	99	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	100
DROPLET PEN NEEDLE	99	EASY TOUCH PEN NEEDLE	100
DROPSAFE PEN NEEDLE	99	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	100
drospirenone-ethinyl estradiol	82	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	100
DROXIA	99	EASY TOUCH UNI-SLIP	100
droxidopa	62	ec-naproxen	14
DUAVEE	82	econtra ez	121
ducodyl (bisacodyl)	121	econtra one-step	121
duloxetine	27	ed-apap	121
DUPIXENT PEN	90	EDURANT	50
DUPIXENT SYRINGE	90	efavirenz	50
DUREZOL	110	efavirenz-emtricitabin-tenofovir	50
dutasteride	78	efavirenz-lamivu-tenofovir disop	50
d10 %-0.45 % sodium chloride	72	EGRIFTA SV	80
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	72	electrolyte-48 in d5w	72
d5 % and 0.9 % sodium chloride	72	ELELYSO	77
d5 %-0.45 % sodium chloride	72	elinest	82
E		ELIQUIS	58
ear drops (carbamide peroxide)	121	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	58
ear wax removal drops	121	ELLA	82
ear wax removal kit	121	ELMIRON	78
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	99	ELZONRIS	36
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	99	EMCYT	36
EASY COMFORT PEN NEEDLES	99	EMGALITY PEN	32
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	100	EMGALITY SYRINGE	32
EASY GLIDE PEN NEEDLE	100	emoquette	82
EASY TOUCH	100	EMPLICITI	36
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	100	EMSAM	27
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	100	emtricitabine	50
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	100	emtricitabine-tenofovir (tdf)	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.



EMTRIVA	50	ergocalciferol (vitamin d2)	116, 121
enalapril maleate	62	ergotamine-caffeine	32
enalapril-hydrochlorothiazide	62	ERIVEDGE	36
ENBREL	90	ERLEADA	36
ENBREL MINI	90	erlotinib	36
ENBREL SURECLICK	90	errin	82
endocet	14	ertapenem	20
enema	121	ERWINAZE	36
enema disposable	121	ery pads	69
ENEMEEZ	121	ERYTHROCIN	20
ENEMEEZ PLUS	121	erythromycin	20, 110
ENGERIX-B (PF)	90	erythromycin with ethanol	69
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	90	ESBRIET	113
ENHERTU	36	escitalopram oxalate	27
exoxaparin	58	esomeprazole magnesium	75
enpresse	82	estradiol	82
enskyce	82	estradiol valerate	82
entacapone	45	estradiol-norethindrone acet	82
entecavir	50	ethacrynat sodium	62
ENTRESTO	62	ethambutol	33
enulose	75	ethosuximide	23
ENVARSUS XR	90	ethynodiol diac-eth estradiol	82
EPCLUSIA	50	etodolac	14
EPIDIOLEX	23	ETOPOPHOS	36
epinephrine	113	etoposide	36
epirubicin	36	etravirine	50
epitol	23	EUTHYROX	86
EPIVIR HBV	50	everolimus (antineoplastic)	36
EPRONTIA	23	everolimus (immunosuppressive)	90
ERAXIS(WATER DILUENT)	30	EVOMELA	36
ERBITUX	36	EVOTAZ	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.



EVRYSDI	77	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	54
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH	121	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	55
EXCEDRIN MIGRAINE	122	FIASP U-100 INSULIN	55
EXEL INSULIN	101	fiber (calcium polycarbophil)	122
exemestane	36	fiber laxative (ca polycarbo)	122
EXKIVITY	36	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	122
ezetimibe	62	fiber therapy (m-cellulose)	122
	F	fiber-lax	122
falmina (28)	82	finasteride	78
famciclovir	50	FINTEPLA	23
famotidine	75, 76, 122	FIRDAPSE	67
famotidine (pf)	76	FIRMAGON	87
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	76	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	87
FANAPT	47	flavoxate	78
FARYDAK	36	flecainide	62
FASENRA PEN	113	FLEET ENEMA	122
felbamate	23	fleet glycerin (adult)	122
felodipine	62	fleet glycerin (child)	122
femynor	82	FLEET GLYCERIN LAXATIVE	122
fenofibrate	62	FLEET PEDIATRIC	122
fenofibrate micronized	62	FLOVENT DISKUS	113
fenofibrate nanocrystallized	62	FLOVENT HFA	113
fentanyl	14	fluconazole	30
fentanyl citrate	14	fluconazole in nacl (iso-osm)	30
fentanyl citrate (pf)	14	flucytosine	30
FERAHEME	116	fludarabine	36
ferosul	122	fludrocortisone	79
FERRLECIT	116	flunisolide	113
ferrous sulfate	122	fluocinolone	69
FETZIMA	27	fluocinolone and shower cap	69
FEVERALL	122	fluorometholone	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.



fluorouracil	36, 69	ganciclovir sodium	51
fluoxetine.....	27, 28	GARDASIL 9 (PF)	90
fluphenazine decanoate.....	47	GATTEX ONE-VIAL	76
fluphenazine hcl	47	GATTEX 30-VIAL.....	76
flurbiprofen	14	GAUZE BANDAGE	101
flurbiprofen sodium	110	GAUZE PAD	101
flutamide	36	gavilax.....	122
fluticasone propion-salmeterol	114	gavilyte-c	76
fluticasone propionate	69, 114	gavilyte-g	76
fluvoxamine	28	gavilyte-n	76
folic acid	116	GAVISCON	122
FOLOTYN	36	GAVISCON EXTRA STRENGTH	122
formoterol fumarate	114	GAVRETO	37
formula em	122	GAZYVA	37
FORTEO	95	gemcitabine	37
fosamprenavir	50	gemfibrozil	62
fosinopril	62	generlac	76
fosinopril-hydrochlorothiazide	62	gengraf	90
fosphenytoin	23	gentak	110
FOTIVDA	37	gentamicin	20, 110
FREESTYLE PRECISION	101	gentamicin in nacl (iso-osm)	20
FULPHILA	58	gentle laxative (bisacodyl)	122
fulvestrant	37	GENVOYA	51
furosemide	62	gianvi (28)	82
FUZEON	50	GILENYA	67
FYCOMPA	23	GILOTRIF	37
G		glatiramer	67
gabapentin	23, 24	glatopa	67
galantamine	26	glimepiride	55
GALZIN	116	glipizide	55
GAMUNEX-C	90	glipizide-metformin	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.



GLUCAGEN HYPOKIT	55	headache relief (asa-acet-caf)	122
glutose-15	122	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	101
glyburide	55	HEALTHWISE PEN NEEDLE	101
glyburide micronized	55	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	101
glyburide-metformin	55	heartburn relief (famotidine)	122
glycopyrrolate	76	heather	82
GLYXAMBI	55	HECTOROL	95
granisetron (pf)	29	heparin (porcine)	59
granisetron hcl	29	heparin, porcine (pf)	59
griseofulvin microsize	30	HEPATAMINE 8%	73
griseofulvin ultramicrosize	30	HERCEPTIN	37
guaifenesin	122	HERCEPTIN HYLECTA	37
guanfacine	62, 67	HETLIOZ	116
guanidine	32	HETLIOZ LQ	116
GVOKE	55	HIBERIX (PF)	90
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	55	HUMIRA	90, 91
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	55	HUMIRA PEN	91
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	55	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	91
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	55	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	91
H		HUMIRA(CF)	91
HAEGARDA	90	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	91
hailey	82	HUMIRA(CF) PEN	91
hailey fe 1.5/30 (28)	82	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	91
hailey fe 1/20 (28)	82	HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	91
hailey 24 fe	82	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	91
HALAVEN	37	hydralazine	62
haloperidol	47	hydrochlorothiazide	63
haloperidol decanoate	47	hydrocodone-acetaminophen	14
haloperidol lactate	47	hydrocodone-ibuprofen	15
HARVONI	51	hydrocortisone	69, 94, 122
HAVRIX (PF)	90	hydrocortisone acetate	122

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.



hydrocortisone valerate	70	INCONTROL ALCOHOL PADS	101
hydrocortisone-acetic acid	112	INCONTROL PEN NEEDLE	101
hydrocortisone-aloe vera	123	INCRELEX	80
hydromorphone	15	indapamide	63
hydroxocobalamin	116	indomethacin	15
hydroxychloroquine	44	INFANRIX (DTAP) (PF)	91
hydroxyurea	37	infant pain reliever	123
hydroxyzine hcl	54	infant's acetaminophen	123
hydroxyzine pamoate	114	infants' pain and fever	123
		infants' pain relief	123
I			
IBRANCE	37	INFED	116
ibu	15	INFUVITE PEDIATRIC	116
ibu-200	123	INJECTAFER	116
ibuprofen	15, 123	INLYTA	37
ibuprofen ib	123	INQOVI	37
iclevia	82	INREBIC	37
ICLUSIG	37	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	101
idarubicin	37	INSULIN SYRINGE	101
IDHIFA	37	INSULIN SYRINGE MICROFINE	101
ifosfamide	37	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	101
ILEVRO	110	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	102
imatinib	37	INSUPEN	102
IMBRUWICA	37	INTELENCE	51
IMFINZI	37	INTRALIPID	73
imipenem-cilastatin	20	INTRON A	91
imipramine hcl	28	introvale	82
imipramine pamoate	28	INVEGA HAFYERA	47
imiquimod	70	INVEGA SUSTENNA	47
IMLYGIC	37	INVEGA TRINZA	47
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	91	INVIRASE	51
incassia	82	INVOKAMET	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.



INVOKAMET XR	55	JANUMET XR	55
INVOKANA	55	JANUVIA	55
IONOSOL-B IN D5W	73	JARDIANCE	56
IONOSOL-MB IN D5W	73	jasmiel (28)	82
IPOL	91	JEMPERLI	38
ipratropium bromide	114	jencycla	83
ipratropium-albuterol	114	JENTADUETO	56
irbesartan	63	JENTADUETO XR	56
irbesartan-hydrochlorothiazide	63	JEVTANA	38
IRESSA	38	juleber	83
irinotecan	38	JULUCA	51
ISENTRESS	51	junel fe 1.5/30 (28)	83
ISENTRESS HD	51	junel fe 1/20 (28)	83
isibloom	82	junel fe 24	83
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	73	junel 1.5/30 (21)	83
ISOLYTE-S	73	junel 1/20 (21)	83
isoniazid	33		K
isosorbide dinitrate	63	KABIVEN	73
isosorbide mononitrate	63	KADCYLA	38
isotretinoin	70	KALETRA	51
isradipine	63	kalliga	83
ISTODAX	38	KALYDECO	114
itraconazole	30	KANJINTI	38
IV PREP WIPES	102	kao-tin (docusate calcium)	123
ivermectin	44	kariva (28)	83
IXEMPRA	38	kelnor 1-50 (28)	83
IXIARO (PF)	91	kelnor 1/35 (28)	83
		ketoconazole	31
	J		
JAKAFI	38	ketoprofen	15
jantoven	59	ketorolac	15, 110
JANUMET	55	KEVZARA	91

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.



KEYTRUDA	38	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	56
KINRIX (PF)	92	LANTUS U-100 INSULIN	56
kionex (with sorbitol)	73	larin fe 1.5/30 (28)	83
KISQALI	38	larin fe 1/20 (28)	83
KISQALI FEMARA CO-PACK	38	larin 1.5/30 (21)	83
klor-con m10	73	larin 1/20 (21)	83
KLOR-CON M15	73	larin 24 fe	83
klor-con m20	73	larissia	83
KLOR-CON 10	73	latanoprost	110
KLOR-CON 8	73	LATUDA	47
konsyl (sugar)	123	laxative (bisacodyl)	123
KONSYL FORMULA-D	123	ledipasvir-sofosbuvir	51
KONSYL SUGAR-FREE	123	leflunomide	92
KORLYM	102	LENVIMA	38
KOSELUGO	38	lessina	83
KRINTAFEL	44	letrozole	38
kurvelo (28)	83	leucovorin calcium	38, 39
KUVAN	77	LEUKERAN	39
KYNMOBI	45	leuprolide	87
KYPROLIS	38	LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN	56
L		LEVEMIR U-100 INSULIN	56
Inorgest/e.estradiol-e.estrad	83	levetiracetam	24
labetalol	63	levetiracetam in nacl (iso-os)	24
lactated ringers	73, 102	LEVO-T	86
lactulose	76	levobunolol	110
lamisil at	123	levocarnitine	73
lamivudine	51	levocarnitine (with sugar)	73
lamivudine-zidovudine	51	levocetirizine	114
lamotrigine	24	levofloxacin	20
LAMPIT	44	levofloxacin in d5w	20
lansoprazole	76	levoleucovorin calcium	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.



levonest (28)	83	lo-zumandimine (28)	83
levonorg-eth estrad triphasic	83	lojaimiess	83
levonorgestrel	123	LOKELMA	73
levonorgestrel-ethinyl estrad	83	LONSURF	39
levora-28	83	loperamide	123
levothyroxine	86	lopinavir-ritonavir	51
LEVOXYL	87	loratadine	123
LEXIVA	51	lorazepam	54
LIBTAYO	39	lorazepam intensol	54
lice killing	123	LORBRENA	39
lice treatment	123	loryna (28)	83
lice treatment (permethrin)	123	losartan	63
lidocaine	16, 123	losartan-hydrochlorothiazide	63
lidocaine hcl	16	lovastatin	63
lidocaine viscous	16	low-ogestrel (28)	83
lidocaine-prilocaine	16	loxapine succinate	47
lllow (28)	83	lubricant eye	123
lincomycin	20	lubricant eye (pg-peg 400)	123
lindane	70	lubrifresh pm	123
linezolid	20	LUMAKRAS	39
linezolid in dextrose 5%	20	LUMIGAN	110
linezolid-0.9% sodium chloride	20	LUMIZYME	77
LINZESS	76	LUMOXITI	39
liothyronine	87	LUPRON DEPOT	87
lisinopril	63	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	87
lisinopril-hydrochlorothiazide	63	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	88
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	102	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	88
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	102	LUPRON DEPOT-PED	88
lithium carbonate	54	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	88
lithium citrate	54	lutera (28)	83
LITHOSTAT	102	LYBALVI	47

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.



lyleq	83	medroxyprogesterone	84
lyllana	83	mefloquine	44
LYNPARZA	39	megestrol	84
LYSODREN	87	MEKINIST	39
lyza	84	MEKTOVI	39
	M		
		meloxicam	15
m-dryl	123	melphalan	39
M-M-R II (PF)	92	melphalan hcl	39
m-natal plus	73	memantine	26
m-pap	123	MENACTRA (PF)	92
MAG-AL PLUS	123	MENEST	84
mag-al plus extra strength	124	MENQUADFI (PF)	92
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	102	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	92
MAGELLAN SYRINGE	102	MEPHYTON	116
MAGNEBIND 300	124	mercaptopurine	39
magnesium hydroxide	124	meropenem	20
magnesium oxide	124	meropenem-0.9% sodium chloride	20
magnesium sulfate in d5w	73	mesalamine	94
magnesium sulfate in water	73	MESNEX	39
malathion	70	metaproterenol	114
mapap (acetaminophen)	124	metformin	56
maprotiline	28	methadone	15
marlissa (28)	84	methazolamide	63
MARPLAN	28	methenamine hippurate	21
MARQIBO	39	methimazole	88
MATULANE	39	METHITEST	84
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	103	methocarbamol	115
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	103	methotrexate sodium	92
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	103	methotrexate sodium (pf)	92
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	103	methoxsalen	70
meclizine	29, 124	methyldopa	63

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.



methyldopa-hydrochlorothiazide	63	minocycline	21
methylphenidate hcl	67	minoxidil	63
methylprednisolone	79	mintox	124
methylprednisolone acetate	79	mintox maximum strength	124
methylprednisolone sodium succ	79	mintox plus	124
metipranolol	110	mirtazapine	28
metoclopramide hcl	29	misoprostol	76
metolazone	63	MITIGARE	31
metoprolol succinate	63	mitomycin	39
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	63	mitoxantrone	39
metoprolol tartrate	63	modafinil	116
metronidazole	21	moexipril	63
metronidazole in nacl (iso-os)	21	molindone	47
metyrosine	63	mometasone	70
mi-acid	124	MONJUVI	92
miconazole nitrate	124	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	103
miconazole-3	31, 124	MONOJECT INSULIN SYRINGE	103
miconazole-7	124	MONOJECT SYRINGE	103
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	103	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	103
microgestin fe 1.5/30 (28)	84	montelukast	114
microgestin fe 1/20 (28)	84	morphine	15
microgestin 1.5/30 (21)	84	morphine concentrate	15
microgestin 1/20 (21)	84	motion relief (meclizine)	124
microgestin 24 fe	84	motion sickness (meclizine)	124
midodrine	63	motion sickness relief	124
migraine formula	124	motion sickness relief(mecliz)	124
migraine relief	124	motion-time	124
mili	84	MOVANTIK	76
milk of magnesia	124	moxifloxacin	21, 110
milk of magnesia concentrated	124	MOZOBIL	59
MINI ULTRA-THIN II	103	MUCUS-CHEST CONGESTION	124

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.



MULTAQ	63	NATPARA	95
mupirocin.....	70	natura-lax	125
muro 128	124	natural fiber laxative (sugar)	125
MUTAMYCIN	39	natural fiber laxative therapy	125
MVASI	39	natural veg laxative(sennosid)	125
my choice	125	nausea relief	125
my way	125	NAYZILAM	24
MYALEPT	76	nebivolol	63, 64
mycophenolate mofetil	92	NEBUPENT	44
mycophenolate mofetil (hcl)	92	necon 0.5/35 (28)	84
mycophenolate sodium	92	nefazodone	28
MYFORTIC	92	neo-polycin	111
MYLOTARG	39	neo-polycin hc	111
myorisan	70	neomycin	21
MYRBETRIQ	78	neomycin-bacitracin-poly-hc	111
		neomycin-bacitracin-polymyxin	111
N			
nabumetone	15	neomycin-polymyxin b-dexameth	111
nafcillin	21	neomycin-polymyxin-gramicidin	111
nafcillin in dextrose iso-osm	21	neomycin-polymyxin-hc	111, 112
NAGLAZYME	77	NEPHRAMINE 5.4 %	73
naloxone	17	NERLYNX	39
naltrexone	17	NEULASTA	59
NAMZARIC	26	NEULASTA ONPRO	59
naproxen	15	NEUPOGEN	59
naproxen sodium	15, 125	NEUPRO	45
naratriptan	32	nevirapine	51
NARCAN	17	new day	125
nasal decongestant (pseudoeph)	125	NEXAVAR	39
NASCOBAL	116	NEXLETOL	64
NATACYN	110	NEXLIZET	64
nateglinide	56	niacor	64

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.



NICODERM CQ	125	nortrel 0.5/35 (28)	84
NICORETTE	125	nortrel 1/35 (21)	84
nicotine	125	nortrel 1/35 (28)	84
nicotine (polacrilex)	125	nortrel 7/7/7 (28)	84
NICOTROL NS	17	nortriptyline	28
nifedipine	64	NORVIR	51
nikki (28)	84	NOVOFINE AUTOCOVER	103
nilutamide	39	NOVOFINE PLUS	103
nimodipine	64	NOVOFINE 32	103
NINLARO	39	NOVOLIN N FLEXPEN	56
nitazoxanide	44	NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	56
nitisinone	77	NOVOLIN R FLEXPEN	56
nitrofurantoin	21	NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN	56
nitrofurantoin macrocrystal	21	NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	56
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	21	NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	56
nitroglycerin	64	NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	56
NITROSTAT	64	NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	56
NIVESTYM	59	NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	56
non-aspirin pain relief	125	NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	56
noreth-ethinyl estradiol-iron	84	NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	56
norethindrone (contraceptive)	84	NOVOPEN ECHO	103
norethindrone ac-eth estradiol	84	NOVOTWIST	103
norethindrone acetate	84	NOXAFILE	31
norethindrone-e.estradiol-iron	84	NUBEQA	39
norgestimate-ethinyl estradiol	84	NUCALA	114
norlyda	84	NUEDEXTA	67
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	73	NUPLAZID	47, 48
NORMOSOL-R	73	NUTRILIPID	73
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	73	NUZYRA	21
NORMOSOL-R PH 7.4	73	NUZYRA (7 DAY WITH LOAD DOSE)	21
NORTHERA	64	NUZYRA (7 DAY)	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.



nyamyc	31	oralone	68
nylia 7/7/7 (28)	84	ORBACTIV	21
nymyo	84	ORGOVYX	88
nystatin	31	ORKAMBI	114
nystatin-triamcinolone	31	orsythia	84
nystop	31	oseltamivir	51, 52
O			
octreotide acetate	88	OSPHENA	84
ODEFSEY	51	oxaliplatin	40
ODOMZO	39	oxandrolone	84, 85
OFEV	114	oxazepam	54
ofloxacin	21, 111, 112	oxcarbazepine	24
ogestrel (28)	84	oxybutynin chloride	78
olanzapine	48	oxycodone	15, 16
olmesartan	64	oxycodone-acetaminophen	16
olmesartan-hydrochlorothiazide	64	oxycodone-aspirin	16
olopatadine	111	OZEMPIC	57
omega-3 acid ethyl esters	64	P	
omeprazole	76	PACERONE	64
OMNITROPE	80	paclitaxel	40
ONCASPAR	39	PADCEV	40
ondansetron	29	PAIN AND FEVER	125
ondansetron hcl	29	pain relief (acetaminophen)	125
ondansetron hcl (pf)	29	pain relief extra strength	125
ONIVYDE	40	pain reliever extra strength	125
ONUREG	40	pain reliever plus	125
opcicon one-step	125	paliperidone	48
OPDIVO	40	pamidronate	95
option-2	125	PANRETIN	40
ORACIT	116	pantoprazole	76
		paraplatin	40
		paricalcitol	95

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.



paroex oral rinse	68	perindopril erbumine	64
paromomycin	21	periogard	68
paroxetine hcl	28	PERJETA	40
PASER	33	permethrin	70
PAXIL	28	perphenazine	48
PAZEO	111	perphenazine-amitriptyline	28
PEDIA-LAX	125	PERSERIS	48
pedia-lax stool softener	125	pfiberpen-g	21
PEDIACLEAR COUGH	125	pharbedryl	125
PEDIARIX (PF)	92	pharbetol	125
PEDVAX HIB (PF)	92	phenelzine	28
peg 3350-electrolytes	76	phenobarbital	24
peg-electrolyte soln	76	PHENYTEK	24
PEGANONE	24	phenytoin	24
PEMAZYRE	40	phenytoin sodium	24
PEN NEEDLE	103	phenytoin sodium extended	25
PEN NEEDLE, DIABETIC	103	PHOSPHOLINE IODIDE	111
penicillamine	73	PHYSIOLYTE	104
penicillin g potassium	21	PHYSIOSOL IRRIGATION	104
penicillin g procaine	21	phytonadione (vitamin k1)	116
penicillin g sodium	21	PIFELTRO	52
penicillin v potassium	21	pilocarpine hcl	68, 111
PENTACEL (PF)	92	pimecrolimus	70
PENTAM	44	pimozide	48
pentamidine	44	pimtrea (28)	85
PENTIPS	104	pindolol	64
pentoxifylline	64	pink bismuth	125, 126
PEPAXTO	40	pioglitazone	57
peptic relief	125	PIP PEN NEEDLE	104
PERFOROMIST	114	piperacillin-tazobactam	21
PERIKABIVEN	73	PIQRAY	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.



pirmella	85	pr natal 430 ec	74
piroxicam	16	pramipexole	45
PLAN B ONE-STEP	126	pramoxine	126
PLASMA-LYTE A	73	prasugrel	59
PLASMA-LYTE 148	73	pravastatin	64
podofilox	70	prazosin	64
POLIVY	40	PRED-G	111
polycin	111	PRED-G S.O.P.	111
polyethylene glycol 3350	126	prednisolone	79
polymyxin b sulf-trimethoprim	111	prednisolone acetate	111
polymyxin b sulfate	21	prednisolone sodium phosphate	79, 111
POMALYST	40	prednisone	79
portia 28	85	prednisone intensol	79
PORTRAZZA	40	pregabalin	67
posaconazole	31	PREMARIN	85
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	73	PREMASOL 10 %	74
potassium chloride	73, 74	PREMASOL 6 %	74
potassium chloride in lr-d5	74	PRENATABS FA	74
potassium chloride in water	74	prenatal plus (calcium carb)	74
potassium chloride in 0.9%nacl	74	prevalite	64
potassium chloride in 5 % dex	74	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	104
potassium chloride-d5-0.2%nacl	74	previfem	85
potassium chloride-d5-0.3%nacl	74	PREZCOBIX	52
potassium chloride-d5-0.9%nacl	74	PREZISTA	52
potassium chloride-0.45 % nacl	74	PRIFTIN	33
potassium citrate	74	primaquine	44
POTELIGEO	40	primidone	25
povidone-iodine	126	PRIMSOL	21
pr natal 400	74	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	104
pr natal 400 ec	74	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	104
pr natal 430	74	PRO COMFORT PEN NEEDLE	104

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.



probenecid	31	PROSHIELD PLUS	126
probenecid-colchicine	32	protriptyline	28
procainamide	64	pseudoephedrine hcl	126
PROCALAMINE 3%	74	PULMOZYME	114
prochlorperazine	29	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	104
prochlorperazine edisylate	29	PURE COMFORT PEN NEEDLE	104
prochlorperazine maleate	29	PURIXAN	40
proto-med hc	70	PYLERA	76
proto-pak	70	pyrazinamide	33
PROCTOFOAM	126	pyridostigmine bromide	32
proctosol hc	70	pyridoxine (vitamin b6)	117
protozone-hc	70		Q
PRODIGY INSULIN SYRINGE	104	QINLOCK	40
progesterone	85	QUADRACEL (PF)	92
progesterone micronized	85	quetiapine	48
PROGLYCEM	57	quinapril	65
PROGRAF	92	quinapril-hydrochlorothiazide	65
PROLASTIN-C	77	quinidine sulfate	65
PROLEUKIN	40	quinine sulfate	45
PROLIA	95		R
PROMACTA	59	RABAVERT (PF)	92
promethazine	30	raloxifene	85
promethazine vc-codeine	116	ramipril	65
promethazine-codeine	117	ranitidine hcl	126
promethazine-phenyleph-codeine	117	ranolazine	65
propafenone	64	rasagiline	45
proparacaine	111	RAYALDEE	95
propranolol	64, 65	ready-to-use enema	126
propranolol-hydrochlorothiazid	65	reclipsen (28)	85
propylthiouracil	88	RECOMBIVAX HB (PF)	92, 93
PROQUAD (PF)	92	RECTIV	104

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.



reese's pinworm medicine	126	RIDAURA	93
REFRESH CLASSIC (PF)	126	rifabutin	33
REFRESH LACRI-LUBE	126	rifampin	33
REFRESH P.M.	126	RIFATER	33
REGRANEX	70	riluzole	67
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)	126	rimantadine	52
reguloid, sugar free	126	ringer's	74, 104
RELENZA DISKHALER	52	RINVOQ	93
RELION NEEDLES	104	risedronate	95
RELION PEN NEEDLES	104	RISPERDAL CONSTA	48
RELISTOR	76	risperidone	48
renal caps	126	ritonavir	52
reno caps	126	RITUXAN	40
repaglinide	57	RITUXAN HYCELA	40
REPATHA PUSHTRONEX	65	rivastigmine tartrate	26, 27
REPATHA SURECLICK	65	rizatriptan	32
REPATHA SYRINGE	65	robafen	126
RESCRIPTOR	52	robafen dm cough	126
RESTASIS	111	robafen dm cough-chest congest	126
RESTASIS MULTIDOSE	111	ROCKLATAN	111
RETACRIT	59	romidepsin	41
RETEVMO	40	ropinirole	45
RETROVIR	52	rosuvastatin	65
REVCovi	77	ROTARIX	93
REVLIMID	40	ROTATEQ VACCINE	93
REXULTI	48	roweepra	25
REYATAZ	52	roweepra xr	25
REZUROCK	93	ROZLYTREK	41
RHOPRESSA	111	RUBRACA	41
RIABNI	40	RUCONEST	93
ribavirin	52, 104	rufinamide	25

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.



RUKOBIA	52	sennosides-docusate sodium	126
RUXIENCE	41	SENOKOT	126
RUZURGI	67	SENOKOT EXTRA STRENGTH	126
RYBELSUS	57	SENOKOT-S	127
RYBREVANT	41	sertraline	28
RYDAPT	41	setlakin	85
RYLAZE	41	sevelamer carbonate	74
S			
		sharobel	85
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	104	SHINGRIX (PF)	93
SAFETY PEN NEEDLE	104	SIGNIFOR	88
SANCUSO	30	SILACE	127
SANDIMMUNE	93	siladrylsa	127
SANDOSTATIN LAR DEPOT	88	silapap	127
SANTYL	70	sildenafil (pulm.hypertension)	114
SAPHRIS	48	siltussin dm das	127
sapropterin	77	siltussin sa	127
SARCLISA	41	siltussin-dm	127
SAVELLA	67	silver sulfadiazine	70
SCEMBLIX	41	simliya (28)	85
scopolamine base	30	SIMULECT	93
SECUADO	48	simvastatin	65
SECURESAFE PEN NEEDLE	104	sirolimus	93
selegiline hcl	45	SIRTURO	33
SELZENTRY	52	SIVEXTRO	21
senexon-s	126	SKYRIZI	93
senna	126	SLYND	85
senna lax	126	SMOFLIPID	74
senna laxative	126	sodium bicarbonate	74, 127
senna plus	126	SODIUM BICARBONATE (BULK)	127
senna-s	126	sodium chloride	74, 104, 127
senna-time s	126	

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.



sodium chloride 0.45 %	74	stavudine	52
sodium chloride 0.9 %	75	STELARA	93
sodium chloride 3 %	75	STIMATE	80
sodium chloride 5 %	75	STIOLTO RESPIMAT	114
sodium citrate-citric acid	127	STIVARGA	41
sodium ferric gluconat-sucrose	117	stomach relief	127
sodium lactate	75	stomach relief max strength	127
sodium phenylbutyrate	77	stomach relief original	127
sodium polystyrene (sorb free)	75	stool softener	127
sodium polystyrene sulfonate	75	stool softener (docusate cal)	127
solifenacin	78	stool softener-laxative	127
SOLIQUA 100/33	57	stool softener-stimulant laxat	127
SOLTAMOX	41	STRENSIQ	77
SOLU-MEDROL	79	streptomycin	21
SOLU-MEDROL (PF)	79	STRIBILD	52
SOMATULINE DEPOT	88	STRIVERDI RESPIMAT	114
SOMAVERT	88	subvenite	25
SORBITOL	127	subvenite starter (blue) kit	25
sorine	65	subvenite starter (green) kit	25
sotalol	65	subvenite starter (orange) kit	25
sotalol af	65	SUCRAID	78
SPIRIVA RESPIMAT	114	sucralfate	76
SPIRIVA WITH HANDIHALER	114	sudogest	127
spironolacton-hydrochlorothiaz	65	sulfacetamide sodium	22, 111
spironolactone	65	sulfacetamide-prednisolone	111
sprintec (28)	85	sulfadiazine	22
SPRITAM	25	sulfamethoxazole-trimethoprim	22
SPRYCEL	41	sulfasalazine	95
SPS (WITH SORBITOL)	75	sulindac	16
sronyx	85	sumatriptan	32
SSD	70	sumatriptan succinate	32

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.



sunitinib	41	
suphedrin.....	127 TABLOID	41
SUPRAX	22 TABRECTA	41
SUPREP BOWEL PREP KIT	76 tacrolimus	70, 93
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	104 tadalafil (pulm. hypertension)	115
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	104 TAFINLAR	41
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	105 TAGRISSO	41
SURE COMFORT PEN NEEDLE	105 TAKE ACTION	127
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	105 TALZENNA	41
SURE-FINE PEN NEEDLES	105 tamoxifen	41
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	105 tamsulosin	78
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	105 TARGRETIN	41
SUTENT	41 tarina fe 1-20 eq (28)	85
swim ear	127 tarina fe 1/20 (28)	85
syeda	85 tarina 24 fe	85
SYLATRON	93 TASIGNA	41
SYLVANT	93 tazarotene	70
SYMBICORT	115 TAZORAC	70
SYMFI	52 taztia xt	65
SYMFILLO	52 TAZVERIK	41
SYMJEPI	115 TDVAX	93
SYMLINPEN 120	57 TECENTRIQ	41
SYMLINPEN 60	57 TECFIDERA	67
SYMPAZAN	25 TECHLITE INSULIN SYRINGE	105
SYMTUZA	52 TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	105
SYNAREL	88 TECHLITE PEN NEEDLE	106
SYNERCID	22 TEFLARO	22
SYNJARDY	57 telmisartan	65
SYNJARDY XR	57 telmisartan-amlodipine	65
SYNRIBO	41 temazepam	116
SYNTHROID	87 TEMIXYS	52

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.



TEMODAR	42	tioconazole	127
temsirolimus	42	tiopronin	78
TENIVAC (PF)	93	TIVDAK	42
tenofovir disoproxil fumarate	52	TIVICAY	52
TEPMETKO	42	TIVICAY PD	52
terazosin	65	tizanidine	49
terbinafine hcl	31, 127	TOBI PODHALER	115
terconazole	31	tobramycin	22, 111
TERUMO INSULIN SYRINGE	106	tobramycin sulfate	22
testosterone	85	tobramycin-dexamethasone	111
testosterone cypionate	85	tolterodine	78
testosterone enanthate	85	TOPCARE CLICKFINE	106
TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	93	TOPCARE ULTRA COMFORT	106
tetrabenazine	67	topiramate	25
THALOMID	42	topotecan	42
theophylline	115	toremifene	42
thiamine hcl (vitamin b1)	117	torsemide	65
THINPRO INSULIN SYRINGE	106	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	57
THIOLA	78	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	57
thioridazine	48	TOVIAZ	78
thiotepa	42	TPN ELECTROLYTES	75
thiothixene	48	TRADJENTA	57
tiadylt er	65	tramadol	16
tiagabine	25	tramadol-acetaminophen	16
TIBSOVO	42	trandolapril	65
TICOVAC	93	tranexamic acid	59
tigecycline	22	tranylcypromine	28
tilia fe	85	TRAVASOL 10 %	75
timolol maleate	65, 111	travel sickness	127
timolol maleate (pf)	111	TRAVEL SICKNESS (MECLIZINE)	127
tinidazole	22	travoprost	111

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.



TRAZIMERA	42	trihexyphenidyl	45, 46
trazodone	28	TRIJARDY XR	57
TREANDA	42	TRIKAFTA	115
TRECATOR	33	triklo	65
TRELEGY ELLIPTA	115	trilyte with flavor packets	76
TRELSTAR	88	trimethobenzamide	30
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	57	trimethoprim	22
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	57	trimipramine	28
TRESIBA U-100 INSULIN	57	TRINTELLIX	28
tretinoïn	70	triphrocaps	127
tretinoïn (antineoplastic)	42	TRIPLE ANTIBIOTIC	128
TREXALL	93	triple antibiotic plus	128
tri-femynor	85	TRISENOX	42
tri-buffered aspirin	127	TRIUMEQ	52
tri-legest fe	85	trivora (28)	86
tri-lo-estarrylla	85	TRODELVY	42
tri-lo-mili	85	TROGARZO	52
tri-lo-sprintec	85	TROPHAMINE 10 %	75
tri-mili	85	TROPHAMINE 6%	75
tri-nymyo	85	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	106
tri-previfem (28)	86	TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	106
tri-sprintec (28)	86	TRUE COMFORT PEN NEEDLE	106
tri-vylibra	86	TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	106
tri-vylibra lo	86	TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	106
triamcinolone acetonide	68, 79, 80	TRUEPLUS INSULIN	107
triamterene-hydrochlorothiazid	65	TRUEPLUS PEN NEEDLE	107
triderm	80	TRULICITY	57
trientine	75	TRUMENBA	93
TRIFERIC	117	TRUSELTIQ	42
trifluoperazine	48	TRUVADA	53
trifluridine	112	TUKYSA	42

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.



tulana	86	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	108
TUMS	128	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	108
TUMS E-X	128	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	108
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	128	ULTRA FLO PEN NEEDLE	108
TURALIO	42	ULTRA THIN PEN NEEDLE	108
tusnel diabetic	128	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	108
tussin dm	128	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	108
tussin dm clear	128	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	109
tussin dm cough and chest	128	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	109
tussin dm max	128	ULTRACARE INSULIN SYRINGE	109
tussin mucus-chest congestion	128	ULTRACARE PEN NEEDLE	109
TWINRIX (PF)	93	UNIFINE PEN NEEDLE	109
TYBLUME	86	UNIFINE PENTIPS	109
TYBOST	53	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	109
TYKERB	42	UNIFINE PENTIPS PLUS	109
TYMLOS	95	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	109
TYPHIM VI	93	UNIFINE SAFECONTROL	109
U			
		UNITHROID	87
UDENYCA	59	UNITUXIN	42
UKONIQ	42	ursodiol	76
ULTICARE	107	UVADEX	70
ULTICARE INSULIN SYRINGE	107		V
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	107	valacyclovir	53
ULTICARE PEN NEEDLE	107	VALCHLOR	42
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	107	valganciclovir	53
ULTIGUARD SAFEPACK-INSULIN SYR	107	valproate sodium	25
ULTIGUARD SAFEPACK-PEN NEEDLE	107	valproic acid	25
ULTILET ALCOHOL SWAB	107	valproic acid (as sodium salt)	25
ULTILET INSULIN SYRINGE	108	valsartan	65
ULTILET PEN NEEDLE	108	valsartan-hydrochlorothiazide	66
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	108	VALTOCO	25

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.



vanadom	115	VIIBRYD	29
VANAMINE PD	128	VIMPAT	25, 26
vancomycin	22	vinblastine	43
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	109	vincasar pfs	43
VANISHPOINT SYRINGE	109	vincristine	43
VAQTA (PF)	94	vinorelbine	43
varenicline	17	viorele (28)	86
VARIVAX (PF)	94	VIRACEPT	53
VARIZIG	94	VIREAD	53
VASCEPA	66	virt-caps	128
VECTIBIX	42	VISTOGARD	43
VELCADE	42	vitamin d2	117
velvet triphasic regimen (28)	86	vitamin k1	117
VENCLEXTA	42	VITRAKVI	43
VENCLEXTA STARTING PACK	43	vits a and d-white pet-lanolin	128
venlafaxine	28	VIVITROL	17
VENOFER	117	VIZIMPRO	43
VENTOLIN HFA	115	VOCABRIA	53
verapamil	66	volnea (28)	86
VERIFINE PEN NEEDLE	109	voriconazole	31
VERIPRED 20	80	VOSEVI	53
VERSACLOZ	48	VOTRIENT	43
VERZENIO	43	VRAYLAR	48
vestura (28)	86	vylibra	86
VICTOZA 2-PAK	57	VYNDAMAX	78
VICTOZA 3-PAK	58	VYNDAQEL	78
VIDEX EC	53	VYXEOS	43
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	53		W
vienna	86	warfarin	59
vigabatrin	25	water for irrigation, sterile	109
vigadrone	25	WEBCOL	109

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.



WELIREG	43	ZALTRAP	44
wera (28)	86	ZANOSAR	44
westab plus	75	zarah	86
WINRHO SDF	94	ZARXIO	59, 60
wixela inhub	115	ZEJULA	44
women's gentle laxative(bisac)	128	ZELBORAF	44
wymzya fe	86	zenatane	70, 71
X			
		ZEPZELCA	44
XALKORI	43	ZERBAXA	22
XARELTO	59	zidovudine	53
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	59	ZIEXTENZO	60
XATMEP	94	ziprasidone hcl	48
XCOPRI	26	ziprasidone mesylate	48
XCOPRI MAINTENANCE PACK	26	ZIRABEV	44
XCOPRI TITRATION PACK	26	ZIRGAN	53
XGEVA	96	ZOKINVY	78
XIFAXAN	76, 77	zoledronic acid	96
XOFLUZA	53	zoledronic acid-mannitol-water	96
XOLAIR	94	ZOLINZA	44
XOSPATA	43	zolpidem	116
XPOVIO	43	zonisamide	26
XTAMPZA ER	16	ZORTRESS	94
XTANDI	43	ZOSTAVAX (PF)	94
XULTOPHY 100/3.6	58	zovia 1-35 (28)	86
XYREM	116	zovia 1/35e (28)	86
Y			
		ZUBSOLV	17
YEROVY	43	ZULRESSO	29
YF-VAX (PF)	94	zumandimine (28)	86
YONDELIS	44	ZYDELIG	44
Z			
		ZYKADIA	44
zaflirlukast	115	ZYNLONTA	44

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	66
ZYPREXA RELPREVV	48, 49
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	96
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	96
3 day vaginal	117
3-DAY VAGINAL	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**.



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.

Dolor.....	14	Enfermedades de la piel.....	68
Dolor local.....	16	Deficiencias de vitaminas.....	71
Adicción y abuso de sustancias.....	17	Enfermedades gastrointestinales.....	75
Infecciones bacterianas.....	18	Enfermedades genéticas.....	77
Convulsiones.....	22	Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	78
Demencia.....	26	Inflamación.....	79
Depresión.....	27	Reemplazo de la hormona pituitaria.....	80
Nausea y vómitos.....	29	Desbalance de hormonas sexuales.....	80
Infecciones por hongos.....	30	Reemplazo de la hormona tiroidea.....	86
Gota.....	31	Cáncer suprarrenal.....	87
Migrañas.....	32	Enfermedades de la hormona pituitaria.....	87
Miastenia grave.....	32	Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	88
Tuberculosis.....	33	Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	89
Cáncer.....	33	Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.....	94
Infecciones por parásitos.....	44	Enfermedades de los huesos.....	95
La enfermedad de Parkinson.....	45	Varios.....	96
Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo	46	Enfermedades del ojo.....	110
Espasmos musculares.....	49	Enfermedades del oído.....	112
Infecciones virales.....	49	Asma y EPOC.....	112
Ansiedad.....	53	Relajantes musculares.....	115
Trastorno bipolar.....	54	Trastorno del sueño.....	116
Diabetes.....	54	Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D	116
Coagulación de la sangre.....	58	Medicamentos de venta sin receta médica.....	117
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	60		
Enfermedades del sistema nervioso.....	66		
Enfermedades orales y dentales.....	68		

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. **Humana Inc.** no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo:
 - intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - documentos traducidos o
 - interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-800-787-3311, o si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc.** han fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

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 Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-787-3311 (TTY: 711)** 번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-787-3311 (телефон: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-787-3311 (ATS : 711)**.

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, koji' hódíílnih **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-787-3311** (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-800-787-3311 (TTY: 711) पर कॉल करें।

(Urdu): وڈراؤ

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

Notas

Notas

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/03/2021. 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.[®]