

# Cobertura de medicamentos preventivos \$0



Humana hace que sea más fácil que nunca recibir los servicios de farmacia preventivos que usted necesita para mantener su salud general. Nuestros planes brindan un rango de medicamentos preventivos sin costo a los afiliados.<sup>1</sup>

Los medicamentos mencionados a continuación se cubrirán al **100%** cuando se receten para fines de atención preventiva. Esto significa ningún copago, coseguro o deducible cuando las recetas se surten en farmacias de la red de farmacias de su plan. Puede buscar farmacias en su red ingresando a **Humana.com/PharmacyLocator**.

Recuerde que la atención preventiva lo mantiene sano y puede prevenir enfermedades.

Medicamentos preventivos cubiertos (con una receta médica)	Quién es elegible
Aspirina	Adultos de entre 45 y 79 años para prevenir enfermedades cardiovasculares; mujeres embarazadas para prevenir la preeclampsia
Atorvastatina, lovastatina y simvastatina	Adultos de 40 años o más para prevenir enfermedades cardiovasculares
Medicamentos de preparación del intestino para colonoscopia	Adultos de entre 50 y 75 años para colonoscopia de detección preventiva
Anticonceptivos	Mujeres de edad reproductiva para prevenir el embarazo
Flúor	Niños de entre 6 meses y 6 años cuya fuente de agua primaria sea deficiente en flúor
Ácido fólico	Mujeres que planean quedar embarazadas o que pueden quedar embarazadas
Prevención de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés): Profilaxis previa a la exposición [HIV PrEP, por sus siglas en inglés]	Personas en riesgo de contraer HIV
Vacunas preventivas	Niños y adultos, según las recomendaciones del Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (ACIP, por sus siglas en inglés)
Medicamentos para dejar de fumar	Adultos de 18 años o más
Tamoxifeno y raloxifeno	Mujeres que tienen un mayor riesgo de presentar cáncer de mama y que tienen un riesgo bajo de sufrir efectos adversos de los medicamentos

<sup>1</sup>La cobertura depende del plan. Prevalecen los términos de la póliza.

Esta comunicación proporciona una descripción general de determinados beneficios identificados relacionados con el seguro o no relacionados con el seguro brindados en virtud de uno o más de nuestros planes de beneficios médicos. Nuestros planes de beneficios médicos tienen exclusiones, limitaciones y términos en virtud de los cuales la cobertura puede continuar vigente o interrumpirse. Para obtener los costos y los detalles completos de la cobertura, consulte el documento del plan o llame o escriba a Humana, o a su corredor o agente de seguros de Humana. En caso de cualquier discrepancia entre esta comunicación y el documento del plan, prevalecerá el documento del plan.

**Humana**

Pharmacy Solutions.

# Cobertura de medicamentos preventivos de \$0

Vigencia: 1 de enero de 2023

En Humana, estamos comprometidos a suplir sus necesidades para el cuidado de la salud. En la lista siguiente, encontrará los medicamentos preventivos disponibles sin costo alguno. \* Los medicamentos que se enumeran a continuación fueron seleccionados por requisitos emitidos por el Grupo de trabajo sobre servicios preventivos de EE. UU. (USPSTF, en inglés) y la Ley del cuidado de la salud a bajo precio (ACA, por sus siglas en inglés).

La lista pudiera no ser aplicable a todos los planes de salud y podría cambiar con el paso del tiempo debido a nuevas recomendaciones de cuidado preventivo o por instrucciones federales. Para comprender mejor su beneficio de medicamentos recetados, visite Humana.com. Puede también llamar a un representante del Servicio al Cliente de Humana al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado/a de Humana. Pueden aplicarse ciertas restricciones.

En la segunda columna de la tabla aparece el nombre del medicamento por orden alfabético. Los medicamentos de marca aparecen en MAYÚSCULAS y los genéricos en minúsculas.

\*Debe obtener una receta médica para que podamos procesar una reclamación por productos o medicamentos preventivos bajo su plan de farmacia. Esto también incluye artículos de venta sin receta. Otros medicamentos anticonceptivos pudieran estar disponibles para usted sin costo alguno si son necesarios por razones médicas. Su proveedor de servicios de salud puede comunicarse con el equipo de Revisión clínica y farmacéutica de Humana HCPR (en inglés) al 1-800-555-2546, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, para solicitar una revisión debido a necesidad médica de un medicamento anticonceptivo.

<b>Categoría</b>	<b>Nombre del medicamento</b>	<b>Requisitos de administración del uso</b>
Aspirina	adult aspirin regimen 81 mg tablet, delayed release - MM	
	adult low dose aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	
	aspirin 81 mg chewable tablet - MM	
	aspirin childrens 81 mg chewable tablet - MM	
	aspirin ec 81 mg tablet - MM	
	BAYER CHEWABLE LOW DOSE ASPIRIN 81 MG TABLET - MM	
	bayer low dose aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	
	children's aspirin 81 mg chewable tablet - MM	
	ecotrin low strength 81 mg tablet, enteric coated - MM	
	st joseph aspirin 81 mg chewable tablet - MM	
	st. joseph aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	
	VAZALORE 81 MG CAPSULE - MM	
Ayudas para la preparación intestinal	CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM-12 GRAM/160 ML ORAL SOLUTION	
	constulose 10 gram/15 ml oral solution - MM	
	gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	
	gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	
	gavilyte-n solution	
	lactulose 10 gm/15 ml solution - MM	
lactulose 20 gm/30 ml solution - MM		

Categoría	Nombre del medicamento	
	peg 3350-electrolyte solution	
	peg-3350 and electrolytes soln	
	peg-prep 5 mg-210 gram oral kit	
	trilyte with flavor packets	
Reducción de riesgo de cáncer de mama	anastrozole 1 mg tablet - MM	Puede aplicar QL
	raloxifene hcl 60 mg tablet - MM	Puede aplicar QL
	tamoxifen 10 mg tablet - MM	
	tamoxifen 20 mg tablet - MM	
Anticonceptivos	afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	after pill 1.5 mg tablet	
	AFTERA 1.5 MG TABLET	
	altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	amethyst (28) 90 mcg-20 mcg tablet - MM	
	apri 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	aubra 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	aviane 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	blisovi 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	camila 0.35 mg tablet - MM	
	caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	chateal (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	cyclafem 1-35-28 tablet - MM	
	cyclafem 7-7-7-28 tablet - MM	
	cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	deblitane 0.35 mg tablet - MM	
	desogestrel-ee 0.15-0.03 mg tb - MM	
	dolishale 90 mcg-20 mcg (28) tablet - MM	
	econtra ez 1.5 mg tablet	
	econtra one-step 1.5 mg tablet	
	elinest 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	ELLA 30 MG TABLET	Puede aplicar QL

Categoría	Nombre del medicamento	
	emoquette 28 day tablet - MM	
	enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	errin 0.35 mg tablet - MM	
	estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg - MM	
	ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg - MM	
	falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	FC2 FEMALE CONDOM	
	FEMCAP 22 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 26 MM VAGINAL DEVICE	
	FEMCAP 30 MM VAGINAL DEVICE	
	femynor 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	finzala 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet - MM	
	hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	heather 0.35 mg tablet - MM	
	iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	incassia 0.35 mg tablet - MM	
	isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	jencycla 0.35 mg tablet - MM	
	jolessa 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL
	juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet - MM	
	kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	KYLEENA 17.5 MCG/24 HRS (5YRS) 19.5MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	larissia-28 tablet - MM	
	lessina 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	levonor-eth estra 0.09-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg - MM	
	levonor-eth estrad 0.15-0.03 - MM	Puede aplicar QL
	levonor-eth estrad triphasic - MM	
	levonorgestrel 1.5 mg tablet	
	levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	LILETTA 20.4 MCG/24 HRS (8 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	lillow-28 tablet - MM	
	low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	
	lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	lyleq 0.35 mg tablet - MM	
	lyza 0.35 mg tablet - MM	
	marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	medroxyprogesterone 150 mg/ml - MM	Puede aplicar QL
	microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	mili 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	MIRENA 20 MCG/24 HOURS (8 YRS) 52 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	mono-linyah 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	my choice 1.5 mg tablet	
	my way 1.5 mg tablet	
	necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	new day 1.5 mg tablet	
	NEXPLANON 68 MG SUBDERMAL IMPLANT	
	nora-be 0.35 mg tablet - MM	
	noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 - MM	
	noreth-ee-fe 1 mg/20-30-35 mcg - MM	
	norethindrone 0.35 mg tablet - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025 - MM	
	norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035 - MM	
	norgestimate-ee 0.25-0.035 mg - MM	
	norg-ethin estra 0.25-0.035 mg - MM	
	norlyda 0.35 mg tablet - MM	
	nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nylia 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	nymyo 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	OMNIFLEX DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	
	opcicon one-step 1.5 mg tablet	
	option-2 1.5 mg tablet	
	orsythia-28 tablet - MM	
	PARAGARD T 380A 380 SQUARE MM INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	philith 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	pirmella 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	previfem tablet - MM	
	reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack - MM	Puede aplicar QL

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	sharobel 0.35 mg tablet - MM	
	SKYLA 14 MCG/24 HRS (3 YRS) 13.5 MG INTRAUTERINE DEVICE - MM	
	sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	TODAY CONTRACEPTIVE SPONGE 1,000 MG VAGINAL CONTRACEPTIVE SPONGE	
	tri femynor 28 tablet - MM	
	tri-estarylla (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet - MM	
	tri-linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet - MM	
	tri-previfem tablet - MM	
	tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	tulana 0.35 mg tablet - MM	
	TYBLUME 0.1 MG-20 MCG CHEWABLE TABLET - MM	
	vcf contraceptive 4 % vaginal gel	
	velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	vienva 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 60 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 65 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 70 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 75 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 80 MM VAGINAL	

Categoría	Nombre del medicamento	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 85 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 90 MM VAGINAL	
	WIDE-SEAL DIAPHRAGM 95 MM VAGINAL	
	xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zafemy 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	Puede aplicar QL
	zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	zovia 1-35e tablet - MM	
Vacunas contra la influenza/pulmonía	AFLURIA QUAD 2022-2023(6MO UP) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSP	
	AFLURIA QUAD 2022-23(3YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	FLUAD QUAD 2022-2023(65YR UP)(PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5ML IM SYRINGE	
	FLUARIX QUAD 2022-2023 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	FLUBLOK QUAD 2022-2023 (PF) 180 MCG (45 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	FLUCELVAX QUAD 2022-2023 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	FLUCELVAX QUAD 2022-2023 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION	
	FLULAVAL QUAD 2022-2023 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	FLUMIST QUAD 2022-2023 10EXP6.5-7.5 FF UNIT/0.2 ML NASAL SPRAY SYRINGE	
	FLUZONE HIGH-DOSE QUAD 2022-2023 (PF) 240 MCG/0.7 ML IM SYRINGE	
	FLUZONE QUAD 2022-2023 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SUSPENSION	
	FLUZONE QUAD 2022-2023 (PF) 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML IM SYRINGE	
	FLUZONE QUAD 2022-2023 60 MCG (15 MCG X 4)/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSP.	
	JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)	
	MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	
	MODERNA COVID-19 BIVALENT BOOST(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	MODERNA COVID-19 BIVALENT BOOST(6YR UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)	
	MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA)	
	NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA)	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT BOOST(12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (EUA)	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT BOOST(5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)	
	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)	
	PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SOLUTION	
	PNEUMOVAX-23 25 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE	
	PREVNAR 13 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	PREVNAR 20 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	VAXNEUVANCE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
Flúor	fluoride 0.25 mg tablet chew - MM	
	fluoride 0.5 mg tablet chew - MM	
	fluoride 1 mg tablet chewable - MM	
	fluoritab 0.5 mg tablet chew - MM	
	fluoritab 1 mg tablet chew - MM	
	ludent fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg sod.fluorid) chewable tablet - MM	
	ludent fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg sod.fluoride) chewable tablet - MM	
	ludent fluoride 1 mg fluoride (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet - MM	
	sodium fluoride 0.25 (0.55) mg - MM	
	sodium fluoride 0.5 mg(1.1 mg) - MM	
	sodium fluoride 0.5 mg/ml drop - MM	
	sodium fluoride 1 mg (2.2 mg) - MM	
HIV PrEP	emtricitabine-tenofv 200-300mg - MM	Puede aplicar QL
Ácido fólico prenatal	BRAINSTRONG PRENATAL 33 MG IRON-800 MCG-350 MG ORAL PACK - MM	
	CLASSIC PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG TABLET - MM	



Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	EXPECTA PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	fa-8 0.8 mg capsule - MM	
	folic acid 0.4 mg tablet - MM	
	folic acid 0.8 mg tablet - MM	
	folic acid 400 mcg tablet - MM	
	folic acid 800 mcg capsule - MM	
	folic acid 800 mcg tablet - MM	
	kpn tablet - MM	
	ONE A DAY WOMEN'S PRENATAL DHA 28 MG IRON-800 MCG ORAL PACK - MM	
	one daily prenatal 28 mg-800 mcg-440 mg oral pack - MM	
	ONE-A-DAY PRENATAL-1 27 MG IRON-800 MCG-235 MG CAPSULE - MM	
	PERRY PRENATAL CAPSULE - MM	
	prenatal + dha 28 mg iron-800 mcg-200 mg oral pack - MM	
	prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal 28 mg-800 mcg tablet - MM	
	prenatal 400 mcg chewable tablet - MM	
	prenatal complete 14 mg iron-400 mcg tablet - MM	
	prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	PRENATAL FORMULA-DHA 28 MG-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	prenatal gummies 400 mcg-35 mg-25 mg-5 mg chewable tablet - MM	
	prenatal multi 27 mg-800 mcg tablet - MM	
	prenatal multi-dha (algal oil) 27 mg iron-800 mcg-250 mg capsule - MM	
	prenatal multi-dha (with vitamin k) 27 mg iron-800 mcg-260 mg capsule - MM	
	prenatal multivitamins 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal one daily 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal tablet - MM	
	prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-0.8 mg tablet - MM	
	prenatal vitamin 27 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal vitamins with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	prenatal with dha and folic acid 400 mcg-32.5 mg chewable tablet - MM	
	SIMILAC PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK - MM	
	STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE - MM	
	ULTRA PRENATAL PLUS DHA 27 MG-800 MCG-250 MG-200 MG CAPSULE - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
Vacunas	ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	
	ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE	
	ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP	
	BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	COMIRNATY TRIS VACCINE(PF) 30 MCG/0.3 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP	
	DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	
	ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	
	INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	INFANRIX DTAP VIAL	
	IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION	
	JANSSEN COVID-19 VACCINE (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION (EUA)	
	KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	KINRIX VIAL	
	MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	
	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM KIT (2 VIALS)	
	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML IM SOLUTION (1 VIAL)	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION	
	MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION	
	M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	
	MODERNA COVID-19 (12 YR UP) VACCINE (PF) 100 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	
	MODERNA COVID-19 BIVALENT BOOST(6MO-5Y)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	MODERNA COVID-19 BIVALENT BOOST(6YR UP)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP(EUA)	
	MODERNA COVID-19 VACC (6-11YR PRIMARY)(PF) 50 MCG/0.5 ML IM SUSP (EUA)	
	MODERNA COVID-19 VACCINE(6MO-5YR)(PF) 25 MCG/0.25 ML IM SUSP (EUA)	
	NOVAVAX COVID-19 VACCINE,ADJUVANTED (PF) 5 MCG/0.5 ML IM SUSPEN (EUA)	
	PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	
	PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT	
	PENTACEL ACTHIB COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION	
	PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU/0.5 ML IM SUSP	
	PENTACEL DTAP-IPV COMPONENT VL	
	PENTACEL VIAL KIT	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT BOOST(12Y UP)(PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (EUA)	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT BOOST(5-11YR)(PF) 10 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	PFIZER COVID-19 BIVALENT VACCINE(6MO-4Y)(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(EUA)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS (12Y UP) VACC(PF)30 MCG/0.3 ML IM SUSP(GRAY)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(5-11Y) VACC(PF)10 MCG/0.2 ML IM SUSP(ORANGE)	
	PFIZER-BIONT COVID19 TRIS(6M-4Y) VACC(PF) 3 MCG/0.2 ML IM SUSP(MAROON)	
	PFIZER-BIONTECH COVID-19 VACCINE (PF) 30 MCG/0.3 ML IM SUSP (PURPLE)	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2-3.3 CCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	
	PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	
	QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION	
	ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION	
	SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT	
	SPIKEVAX (PF) 100 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	
	VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION	
	VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION	
	VAXELIS (PF) 15 UNIT-5 UNIT-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
Productos para dejar de fumar	apo-varenicline 0.5 mg tablet	Puede aplicar QL
	apo-varenicline 1 mg tablet	Puede aplicar QL
	bupropion hcl sr 150 mg tablet	Puede aplicar QL
	CHANTIX 0.5 MG TABLET	Puede aplicar QL
	CHANTIX 1 MG TABLET	Puede aplicar QL
	CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET	Puede aplicar QL
	CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK	Puede aplicar QL
	NICODERM CQ 14 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH	
	NICODERM CQ 21 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH	
	NICODERM CQ 7 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH	
	NICORETTE 2 MG BUCCAL LOZENGE	
	NICORETTE 2 MG BUCCAL MINI LOZENGE	
	NICORETTE 2 MG GUM	
	NICORETTE 4 MG BUCCAL LOZENGE	
	NICORETTE 4 MG BUCCAL MINI LOZENGE	
	NICORETTE 4 MG GUM	
	nicotine 14 mg/24hr patch	
	nicotine 2 mg chewing gum	
	nicotine 2 mg lozenge	
	nicotine 2 mg mini lozenge	
	nicotine 21 mg/24hr patch	
	nicotine 4 mg chewing gum	
	nicotine 4 mg lozenge	
	nicotine 4 mg mini lozenge	
	nicotine 7 mg/24hr patch	
	nicotine transdermal system	
	NICOTROL 10 MG INHALATION CARTRIDGE	
	NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY	
	quit 2 mg buccal lozenge	
	quit 2 mg gum	
	quit 4 mg buccal lozenge	
	quit 4 mg gum	
	stop smoking aid 2 mg buccal lozenge	
	stop smoking aid 4 mg buccal lozenge	
varenicline 0.5 mg tablet	Puede aplicar QL	
varenicline 1 mg tablet	Puede aplicar QL	
varenicline starting month box	Puede aplicar QL	
Estatinas	atorvastatin 10 mg tablet - MM	
	atorvastatin 20 mg tablet - MM	
	atorvastatin 40 mg tablet - MM	
	atorvastatin 80 mg tablet - MM	
	lovastatin 10 mg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de administración del uso
	lovastatin 20 mg tablet - MM	
	lovastatin 40 mg tablet - MM	
	simvastatin 10 mg tablet - MM	
	simvastatin 20 mg tablet - MM	
	simvastatin 40 mg tablet - MM	
	simvastatin 5 mg tablet - MM	
	simvastatin 80 mg tablet - MM	

Los planes de Humana son ofrecidos por compañías de la familia de planes de salud y seguros, incluidas Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plans of Michigan, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation, o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud o asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, Emphesys Insurance Company, o Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00187-0009 o administrados por Humana Insurance Company o por Humana Health Plan, Inc.

Para los residentes de Arizona: Ofrecidos por Humana Health Plan, Inc. o asegurados por Emphesys Insurance Company o asegurados o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Para obtener más información sobre la empresa que provee sus beneficios, consulte su Documento de beneficios del plan (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan).

Nuestros planes de beneficios para la salud tienen limitaciones y exclusiones.

La cobertura de anticonceptivos está sujeta a las selecciones de cobertura de su patrono.



## ¡Importante!

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

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

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** 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 EE. UU.**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

### Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711)

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

### Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (TTY: 711)

**Español (Spanish):** Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

**繁體中文 (Chinese):** 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

**Tiếng Việt (Vietnamese):** Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

**한국어 (Korean):** 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

**Русский (Russian):** Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

**Kreyòl Ayisyen (French Creole):** Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

**Français (French):** Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

**Polski (Polish):** Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

**Português (Portuguese):** Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

**Italiano (Italian):** Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

**Deutsch (German):** Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

**فارسی (Farsi)**

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

**Diné Bizaad (Navajo):** Wóda hí béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíilnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowól.

**العربية (Arabic)**

GCHJV5RSP 0721

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك