

# Cómo buscar el formulario de medicamentos

Buscar la cubierta de tu medicamento es fácil y rápido. Sólo sigue los pasos a continuación:  
**Visita: [www.humana.com/druglist](http://www.humana.com/druglist) / Seleccionar una de estas dos opciones:**

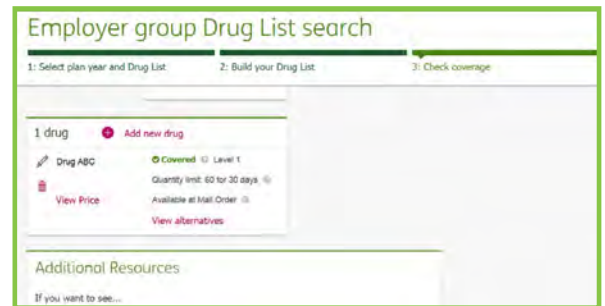
- Opción 1** Búsqueda de medicamentos (“Drug search”)  **Opción 2** Formulario en “pdf”

## Opción 1



1. Presione **“Search Drug List”**
2. En **“Select Plan Year”**, Seleccione el año del formulario que está buscando.
  - Tenga presente que al seleccionar el año, deberá seleccionar conforme a su fecha de año póliza. Por ejemplo, si su año póliza es de diciembre 1 de diciembre de 2020 a 30 de noviembre de 2021, deberá seleccionar 2020 si busca el formulario antes del 30 de noviembre de 2021. Una vez el grupo renueve el 1 de diciembre de 2021, debe seleccionar 2021.
3. En **“Select formulary”**, seleccione el formulario
4. Presione: **“Add to list”**
5. Presione: **“Continue to Step 2: Build your Drug List”**
6. Coloque el nombre del medicamento en el campo de **“drug name”**. El sistema hará la búsqueda de medicamentos existentes a base del texto que coloque.
  - Si el medicamento tiene opción bioequivalente, tendrá que seleccionar si desea verificar el medicamento genérico o el de marca.

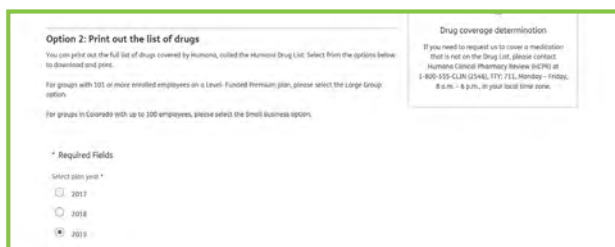
7. Seleccione en **“dose”** la dosis que desea verificar.
8. Presione: **“Add to list”**
  - Si desea verificar más de un medicamento, repita los pasos 6 al 8.
9. Presione: **“Continue to Step 3: Check coverage”**
10. El resultado de su búsqueda aparecerá de esta forma:



Al lado del nombre del medicamento, indicará si está cubierto (covered) o no cubierto (not covered) y el nivel en el que está el medicamento de estar cubierto. Adicional, proveerá detalles de limitaciones de la cubierta, incluyendo límites de cantidad, terapia escalonada, pre-autorización, entre otros. Puede también seleccionar ver alternativas (view alternativas) al medicamento.

La página también provee opciones adicionales bajo “Additional Resources”, como ver el formulario en “pdf” y ver el proceso de apelaciones y excepciones.

## Opción 2

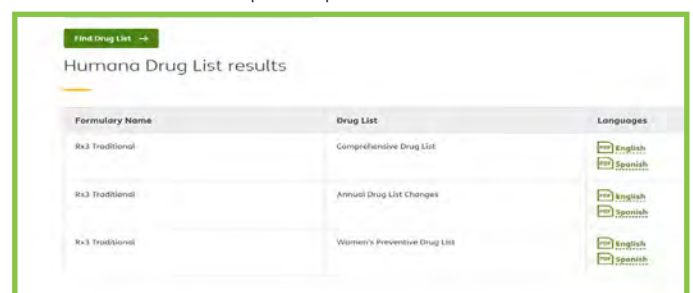


1. Puede descargar en “pdf” la lista completa de medicamentos cubiertos por Humana, conocida como formulario.
2. Para obtener el formulario, debe completar toda la información que se le solicita en **“Required Fields”**.
  - En **“Select plan year”**, seleccione el año del formulario que está buscando.
  - En **“Select coverage plan”**, seleccione el tamaño del grupo:
  - Si en su tarjeta el nombre del plan indica: **Humana Max** o **Humana Maximum**, seleccione Large Group (**“50 or more employees”**)

◊ Al seleccionar **“Small Business”**, debe seleccionar si escogera por formulario o por estado. Seleccione formulario (**formulary**).

- En **“Select formulary”**, seleccione el formulario

3. Presione **“Find Drug List”**
4. El resultado de su búsqueda aparecera de esta forma:



Podrá ver el formulario (**Comprehensive Drug List**), los cambios más importantes para ese año (**Annual Drug List Changes**) y los preventivos cubiertos (**Women's Preventive Drug List** ó **\$0 Preventive Medication Coverage**) en español e inglés. Seleccione el documento que desea y el lenguaje.

# Humana®

## ¡Importante!

En Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. (“Humana”), es importante que usted reciba un trato justo.

Humana y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, identidad de género o religión. La discriminación es ilegal. Humana y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como querrela a:  
Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618  
Si necesita ayuda para presentar una querrela, llame al **1-800-314-3121** o, 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, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**.

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

**Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 1-800-314-3121 TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes cualificados para hablar por 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.**

**1-800-314-3121 (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 béésh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

**العربية (Arabic)**

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك

GCHJV5RSPPR 1018