

# 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

2 ways to find the list of drugs covered by Humana for your employer

**Option 1: Search for a drug**  
Use our search tool to look up a specific drug you need. It will tell you whether the drug is covered by Humana and provide alternatives and generics.

**Option 2: Print out the list of drugs**  
You can print out the full list of drugs covered by Humana, called the Humana Drug List. Select from the options below to download and print.

**Prior authorization of drugs**  
Some drugs require approval from Humana before your plan will cover them. [Learn about the process](#) or request authorization yourself.

**Drug coverage determination**  
If you need to request us to cover a medication that is not on the Drug List, please contact Humana Clinical Pharmacy Review (ICPR) at 1-800-555-CLIN (2546), TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. - 6 p.m., in your local time zone.

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:

Employer group Drug List search

1: Select plan year and Drug List 2: Build your Drug List 3: Check coverage

1 drug Add new drug

Drug ABC Covered Level 1  
Quantity limit: 60 for 30 days  
Available at Mail Order  
View Price View alternatives

Additional Resources  
If you want to see...

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

**Option 2: Print out the list of drugs**  
You can print out the full list of drugs covered by Humana, called the Humana Drug List. Select from the options below to download and print.

For groups with 101 or more enrolled employees on a Level-Funded Premium plan, please select the Large Group option.

For groups in Colorado with up to 100 employees, please select the Small Business option.

**Drug coverage determination**  
If you need to request us to cover a medication that is not on the Drug List, please contact Humana Clinical Pharmacy Review (ICPR) at 1-800-555-CLIN (2546), TTY: 711, Monday - Friday, 8 a.m. - 6 p.m., in your local time zone.

\* Required Fields  
Select plan year \*  
 2017  
 2018  
 2019

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:

Find Drug List →

Humana Drug List results

Formulary Name	Drug List	Languages
Rx3 Traditional	Comprehensive Drug List	English Spanish
Rx3 Traditional	Annual Drug List Changes	English Spanish
Rx3 Traditional	Women's Preventive Drug List	English Spanish

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