

2023

Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) **Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)**

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

N.º de identificación del Formulario: 23016 Versión 20

Este formulario se actualizó el 12/01/2023. Para obtener más información reciente u otras preguntas, comuníquese con Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para Miembros al **1-844-362-0934** o para los usuarios de TTY: **711**, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., E.S.T., los 7 días de la semana, o consulta AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary



2023 Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP)

Introducción

Este documento se denomina Lista de medicamentos cubiertos (también conocido como la *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos con receta y medicamentos de venta libre (OTC) están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos también le indica si hay normas especiales o restricciones a cualquier medicamento cubierto por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los términos clave y su definición figuran en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes.....	4
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos</i> cubiertos? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	4
B2. ¿Se cambia la Lista de medicamentos?	4
B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?	5
B4. ¿Hay restricciones o límites sobre la cobertura para medicamentos o cualquier acción necesaria para obtener ciertos medicamentos?.....	6
B5. ¿Cómo saber si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas necesarias para tomar el medicamento?.....	7
B6. ¿Qué ocurre si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cambia sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites y/o restricciones de tratamiento escalonado)?	7
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?.....	7
B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?	7
B9. ¿Qué ocurre si soy un nuevo miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tener un problema para recibir mi medicamento?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?	8
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	9
B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?.....	9
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	9



B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC) ?	9
B15. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos no medicamentos OTC?	9
B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos por correo/Suministro a largo plazo?.....	10
B17. ¿Qué es mi copago?.....	10
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	11
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento	12
D. Índice de medicamentos cubiertos	92
Lista de Cobertura Adicional de Medicamentos de Medicaid	113



Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934** (**TTY:711**), 8:00 a. m. a 8:00 p. m., E.S.T., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden recibir en Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan para necesidades especiales completamente integrado con doble elegibilidad con un contrato con Medicare y el programa Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan totalmente integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede verificar la Lista de medicamentos cubiertos en línea en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary o llame al departamento de Servicios para Miembros al **número que figura en el final de esta página**.
- ❖ **ATTENTION: Si habla otro idioma que no sea inglés, tendrá a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al 1-844-362-0934 (TTY: 711), 8:00 a. m. y a las 8:00 p. m., los 7 días de la semana.**
- ❖ ATTENTION: Si habla un idioma que no sea el inglés, los servicios gratuitos de asistencia en idiomas están disponibles. Visite nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp o llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7días de la semana.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame **al 1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., E.S.T., los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea hacer o cambiar una solicitud de pie para recibir materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, puede llamar a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., E.S.T., los 7 días de la semana.



B. Preguntas frecuentes

Encuentre respuestas a preguntas que tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener más información o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “**Lista de medicamentos**”).

Los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos cubiertos que comienzan en la *página 12* son los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra en nuestra red si tenemos un acuerdo con ellos para trabajar con nosotros y le proporcionamos servicios. Hacemos referencia a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos médicalemente necesarios en la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otra persona autorizada a dar recetas dice que los necesita para obtener mejor o mantenerse saludables, y
 - usted obtiene los medicamentos con receta en una farmacia de la red de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos. Consulte la pregunta B4 para obtener más información.

También puede encontrar una lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary o llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

B2. ¿Se cambia la *Lista de medicamentos*?

Sí, y Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid cuando haga cambios. Podemos agregar o eliminar medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos cambiar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos:

- Decida requerir o no requerir autorización previa para un medicamento. (Autorización previa es permiso de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento).
- Agregar o cambiar el monto de un medicamento que puede obtener (llamados límites de cantidad).
- Agregar o cambiar restricciones de terapia escalonado en un medicamento. (Tratamiento escalonado significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas para medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al principio del año, por lo general no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año**, a menos que:

- un nuevo medicamento más barato viene en el mercado que funciona así como un medicamento que aparece en la Lista de medicamentos ahora , o
- aprendemos que un medicamento no es seguro, o
- se elimina un medicamento del mercado.

Las preguntas B3 y B6 tienen más información sobre qué sucede cuando se cambia la Lista de medicamentos.

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos actual de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)** para verificar la Lista de medicamentos actual.

B3. ¿Qué ocurre cuando hay un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos pasarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Se pone a disposición un nuevo medicamento genérico.** A veces, un nuevo medicamento genérico viene en el mercado que funciona así como un medicamento de marca que aparece en la Lista de medicamentos ahora. Cuando sucede, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo. Cuando agregamos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambia sus normas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de hacer este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hemos realizado una vez que sucede.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información sobre excepciones.
- **Se lleva un medicamento al mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento que está tomando no es seguro o el fabricante de los medicamentos toma un medicamento fuera del mercado, podemos sacarla de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, le avisaremos.
- Póngase en contacto con su médico si se elimina un medicamento que está tomando de la lista de medicamentos.

Podemos hacer otros cambios que afectan los medicamentos que usted toma. Le avisaremos con antelación estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden pasar si:

- La FDA ofrece una nueva guía o hay nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Agregamos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Sustituir un medicamento de marca actualmente en la Lista de medicamentos o en la **Lista de medicamentos**
 - Cambie las normas o límites de la cobertura para el medicamento de nombre de marca.

Cuando pasen estos cambios, vamos a hacer lo siguiente:

- Dile que, al menos, 30 días antes de hacer el cambio en la Lista de medicamentos o en la Lista de medicamentos **o**
- Déjate saber y darle un suministro para 30 días del medicamento después de solicitar una renovación.

Esto le dará tiempo de hablar con su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarle a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o en lugar de ello,
- Si desea solicitar una excepción de estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información.

B4. ¿Hay restricciones o límites sobre la cobertura para medicamentos o cualquier acción necesaria para obtener ciertos medicamentos?

Sí. Algunos medicamentos tienen normas de cobertura o tienen límites del monto que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas debe hacer algo antes de que pueda recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Autorización previa (o previa autorización):** Para obtener una autorización de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta, usted debe obtener autorización de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La autorización previa es diferente de una remisión. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubre el medicamento si no recibe autorización.
- **Límites de cantidad:** A veces Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) limita el monto de un medicamento que puede obtener.
- **Tratamiento escalonado:** A veces Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe hacer tratamiento escalonado. Esto significa que deberá probar medicamentos en un cierto orden para su afección médica. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas cree que el primer medicamento no funciona para usted, entonces cubriremos el segundo.

Puede saber si su medicamento tiene algún requisito adicional o límites buscando en las tablas en la página 12 - 91. También puede obtener más información visitando nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y restricciones de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le envíemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar o si solicitar una excepción. Consulte las preguntas B10-B12 para obtener más información acerca de las excepciones.

B5. ¿Cómo saber si el medicamento que quiero tiene límites o si hay medidas necesarias para tomar el medicamento?

La *tabla de medicamentos* en la página 12 tiene una columna denominada “Acciones, restricciones o límites para el uso”.

B6. ¿Qué ocurre si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cambia sus normas sobre cómo cubren algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa, límites y/o restricciones de tratamiento escalonado)?

En algunos casos, le avisaremos con antelación si agregamos o cambiamos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento escalonado sobre un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso previo y situaciones en las que es posible que no podamos avisarle antes cuando nuestras normas sobre los medicamentos que figuran en la Lista de medicamentos cambien.

B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos maneras de encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; **O**
- Puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar **alfabéticamente**, use el Índice de medicamentos cubiertos. Puedes encontrarla en la página 92. El Índice de medicamentos cubiertos es una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos se listan en el índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por tipo** de medicamento, consulte la sección “Lista de medicamentos por tipo de medicamentos” en la página 12. Los medicamentos de esta sección se agrupan en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando una medicina para una infección, debería consultar la categoría “Anti-infección”. Es donde encontrará medicamentos que traten infecciones.

B8. ¿Qué ocurre si el medicamento que quiero tomar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)** y pregunte sobre él. Si conoce que Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, puede hacer una de estas cosas:

- Pregunte al Departamento de Servicios para Miembros para obtener una lista de medicamentos como el que desea tomar. A continuación, muestran la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetar un medicamento en la Lista de medicamentos que es como el que desea tomar. **O**
- Puede solicitar al plan de salud que haga una excepción para cubrir su medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué ocurre si soy un nuevo miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos o tener un problema para recibir mi medicamento?

Podemos ayudar. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que usted es miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarle a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que puede tomar en su lugar, o si solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta se escribe durante menos días, permitiremos que varias recetas proporcionen hasta un máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro para 30 días de su medicamento si:

- usted está tomando un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos o
- las normas del plan de salud no le permiten obtener el monto solicitado por su persona autorizada a dar recetas o
- el medicamento requiere autorización previa de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) o
- usted está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de terapia escalonada.

Si usted está en un hogar de convalecimiento u otros centros de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en la Lista de medicamentos o si no puede obtener fácilmente el medicamento que necesita, podemos ayudar. Si ha estado en el plan para más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesita (a menos días que tenga un medicamento con receta), si o no es un nuevo miembro de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Este es un miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) durante los primeros 90 días.

Los miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibir el alta o ingresa en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (hasta un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para cubrir mi medicamento?

Sí. Puede solicitar a Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas sobre su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede limitar el monto de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubra más.

- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que bajemos las restricciones de terapia escalonado o los requisitos de autorización previa.
-

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información acerca de las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener una excepción?

Después de obtener una declaración de su persona autorizada a dar apoyo a su solicitud de excepción, le brindaremos una decisión en el plazo de 72 horas.

Para enviar su declaración, usted o su persona autorizada a dar recetas pueden llamar a Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8:00 a. m. a 8:00 p. m., E.S.T., los 7 días de la semana para la asistencia. Puede enviarnos la instrucción al 844-814-2260.

Si o su persona autorizada a dar recetas cree que su salud puede ser perjudicial si tiene que esperar 72 horas para una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si su persona autorizada a dar apoyo a su solicitud, le brindará una decisión en el plazo de 24 horas de recibir su declaración de apoyo de su persona autorizada a dar recetas.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos se componen de los mismos ingredientes activos como medicamentos de marca. Normalmente tienen menos costo que el medicamento de marca y por lo general no tienen nombres bien conocidos. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los medicamentos de marca y los medicamentos genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC) ?

OTC se encuentra en “venta libre”. Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos OTC a través del NJ FamilyCare (Medicaid) de la parte de cobertura del plan sin costo. Necesita un medicamento con receta para los medicamentos DE venta libre (OTC) para que estén cubiertos. Estos medicamentos OTC figuran en esta Lista de medicamentos a partir de la página 113.

B15. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos no medicamentos OTC?

Sí. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre algunos productos no medicamentos OTC cuando le son prescritos por su proveedor. Estos productos de OTC no medicamentos se listan en esta Lista de medicamentos a partir de la página 113.

Los productos de OTC no medicamentos de venta libre incluyen los preservativos. No hay costo compartido ni copagos.

B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos por correo/Suministro a largo plazo?

Sí. Para ciertos tipos de medicamentos, puede usar CVS Caremark® Mail Pharmacy. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son medicamentos que toma de forma regular, por una afección médica crónica o a largo plazo.

- Programa de pedido por correo. Ofrecemos un programa de pedido por correo que le permite obtener hasta un suministro para 100 días de sus medicamentos con receta enviados directamente a su domicilio.
- Suministro a largo plazo. Ofrecemos una forma de obtener un suministro a largo plazo de los medicamentos de “mantenimiento” de nuestra Lista de medicamentos de nuestro plan. (Los medicamentos de mantenimiento son medicamentos que usted toma de forma regular, para una afección médica crónica o a largo plazo).

Para obtener más información sobre cómo obtener medicamentos por correo o suministro a largo plazo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

B17. ¿Qué es mi copago?

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tiene copago para los medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y los productos de venta libre (OTC) siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Consulte las preguntas B14 y B15 para obtener más información acerca de los medicamentos de venta libre y los productos no medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos que figuran en nuestra Lista de medicamentos.

- Nivel 1 Medicamentos genéricos Copago de \$0
- Nivel 1 Medicamentos de marca Copago de \$0

Los OTCs tienen un copago de \$0.

Si tiene preguntas, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La lista siguiente de medicamentos cubiertos le ofrece información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 92. El índice incluye todos los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento. Se utilizan las siguientes abreviaturas:

QL: Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita el monto del medicamento que cubriremos.
PA: Autorización previa: Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
ST: Terapia escalonado: En algunos casos, nuestro plan requiere que usted pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.
LA: Acceso limitado: Estos medicamentos con receta pueden estar disponibles solo en ciertas farmacias.
MO: Envío de pedidos por correo: Por lo general, los medicamentos disponibles a través del pedido por correo son medicamentos que usted toma de forma regular, para una afección médica crónica o a largo plazo.
B/D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare según la circunstancia. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura en virtud de la Parte B o la Parte D. La información puede ser proporcionada que describe el uso o el lugar en que se recibe el medicamento para determinar la cobertura.
EA: Cada
ML: Mililitro

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para tratar las infecciones, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en letra minúscula y cursiva (p. ej.: *amoxicilina*), los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (p. ej.: SYNTROID) y los medicamentos y productos de venta libre (OTC) aparecen en minúscula (p. ej.: comprimido de acetaminofeno). La información incluida en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” indica si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i>	\$0 (Nivel 1)	ST MO
MITIGARE	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>probenecid</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>probenecid/colchicine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>celecoxib caps 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium dr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diclofenac sodium er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tbec 50mg; 200mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tbec 75mg; 200mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ec-naproxen tbec 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días)
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tb24 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tb24 400mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac caps 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FENOPROFEN CALCIUM CAPS 400MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibu tabs 600mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibuprofen oral susp 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketoprofen er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ketorolac tromethamine tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen dr tabs 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>oxaprozin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam caps 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>relafen tabs 500mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulindac</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl pt72 87.5mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>HYSINGLA ER</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl oral conc 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ML por 30 días) PA MO
METHADONE HCL INJ	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methadone hcl oral soln 10mg/5ml, 5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>morpheine sulfate er cp24 (generic Avinza) 120mg, 30mg, 45mg, 60mg, 75mg, 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>morpheine sulfate er cap24 (generic Kadian) 100mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tbcr 100mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tbcr 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tramadol hcl er tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>tramadol hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (5 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inj 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>butorphanol tartrate inj 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CODEINE SULFATE	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl liqd</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HCL INJ 4MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HYDROMORPHONE HCL INJ 1MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>hydromorphone hcl inj 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INJ 1MG/ML, 2MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INJ 4MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>hydromorphone hydrochloride inj 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>hydromorphone hydrochloride inj 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>morphine sulfate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MORPHINE SULFATE INJ 10MG/ML PF VIAL IV OR IM, 2MG/ML, 4MG/ML IV OR IM VIAL AND PREFILLED SYRINGE, 5MG/ML, 8MG/ML PF VIAL IV OR IM	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>morphine sulfate inj 0.5mg/ml pf vial, 10mg/ml iv only vial and carpuject, 1mg/ml vial, 4mg/ml iv vial and prefilled syringe, 50mg/ml, 8mg/ml vial and pf carpuject</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>morphine sulfate inj 1mg/ml pf vial</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>morphine sulfate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate oral soln 20mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride caps</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride conc</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 10mg; 325mg, 2.5mg; 325mg, 5mg; 325mg, 7.5mg; 325mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hcl tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO

ANESTÉSICOS***ANESTÉSICOS LOCALES***

<i>lidocaine hcl inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%</i>	\$0 (Nivel 1)
<i>lidocaine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)

ANTIINFECTIVOS***ANTIINFECCIOSOS: VARIOS***

<i>albendazole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atovaquone</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>aztreonam inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>CAYSTON</i>	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 9000mg/60ml, 900mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate inj 600mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dapsone tabs 100mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	
DAPTOMYCIN INJ 350MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
EMVERM	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.6mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isotonic gentamicin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 90 días) PA MO
<i>linezolid tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA MO
<i>linezolid oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
LINEZOLID INJ 600MG/300ML; 0.9%	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>meropenem</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methenamine mandelate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole caps 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitazoxanide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 c/u por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals caps 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys-</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paromomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solr</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>pentamidine isethionate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>praziquantel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SIVEXTRO INJ</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>SIVEXTRO TABS</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfadiazine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim susp, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SYNERCID</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin sulfate inj 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 80mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin nebu 300mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (280 ML por 56 días) PA
<i>trimethoprim</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>VANCOMYCIN INJ 0.9%; 500MG/100ML, 0.9%; 750MG/150ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>VANCOMYCIN HCL INJ 0.9%; 1GM/200ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride caps 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1000MG/200ML, 1250MG/250ML, 1500MG/300ML, 1750MG/350ML, 500MG/100ML, 750MG/150ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 5gm, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>amphotericin b</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>amphotericin b liposome</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>caspofungin acetate inj 70mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>caspofungin acetate inj 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole tabs, oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>itraconazole caps</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>micafungin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mycamine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NOXAFIL ORAL SUSP	\$0 (Nivel 1)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>posaconazole dr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (93 EA por 30 días) MO
<i>posaconazole inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>posaconazole susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>terbinafine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 365 días) MO
<i>voriconazole inj</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>voriconazole tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COARTEM	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mefloquine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
APTIVUS	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>darunavir tabs 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tabs 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDURANT	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>efavirenz</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>emtricitabine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EMTRIVA ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>etravirine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FUZEON	\$0 (Nivel 1)	MO
INTELENCE TAB 25MG	\$0 (Nivel 1)	
INVIRASE	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS HD	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS PACK, TABS	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS CHEW 25MG	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS CHEW 100MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEXIVA ORAL SUSP	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>maraviroc</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORVIR SOLN, ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	MO
PIFELTRO	\$0 (Nivel 1)	MO
PREZISTA SUSP	\$0 (Nivel 1)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABS 75MG	\$0 (Nivel 1)	QL (480 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 800MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 600MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
REYATAZ ORAL POWDER	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RUKOBIA	\$0 (Nivel 1)	MO
SELZENTRY SOLN	\$0 (Nivel 1)	MO
SELZENTRY TABS 25MG	\$0 (Nivel 1)	
SELZENTRY TABS 75MG	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>stavudine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SUNLENCA INJ	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 180 días) LA MO
SUNLENCA TBPK (5 TAB PACK) 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 365 días) LA MO
SUNLENCA TBPK (4 TAB PACK) 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 365 días) LA MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TIVICAY PD	\$0 (Nivel 1)	MO
TIVICAY TABS 10MG	\$0 (Nivel 1)	MO
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	MO
TROGARZO	\$0 (Nivel 1)	LA MO
TYBOST	\$0 (Nivel 1)	MO
VIRACEPT	\$0 (Nivel 1)	MO
VIREAD ORAL POWDER, TABS 150MG, 200MG, 250MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine caps, syrup</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETRÓVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BIKTARVY	\$0 (Nivel 1)	MO
CIMDUO	\$0 (Nivel 1)	MO
COMPLERA	\$0 (Nivel 1)	MO
DELSTRIGO	\$0 (Nivel 1)	MO
DESCOVY	\$0 (Nivel 1)	MO
DOVATO	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ	\$0 (Nivel 1)	MO
GENVOYA	\$0 (Nivel 1)	MO
JULUCA	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lopinavir/ritonavir soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 200mg; 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ODEFSEY	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZCOBIX	\$0 (Nivel 1)	MO
STRIBILD	\$0 (Nivel 1)	MO
SYMTUZA	\$0 (Nivel 1)	MO
TEMIXYS	\$0 (Nivel 1)	MO
TRIUMEQ	\$0 (Nivel 1)	MO
TRIUMEQ PD	\$0 (Nivel 1)	MO
TRIZIVIR	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ethambutol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isoniazid tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isoniazid inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid syrup</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PASER	\$0 (Nivel 1)	MO
PRETOMANID	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
PRIFTIN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pyrazinamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rifabutin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rifampin caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rifampin inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO	\$0 (Nivel 1)	PA LA
TRECATOR	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acyclovir sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 (Nivel 1)	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famciclovir tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HARVONI	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MAVYRET	\$0 (Nivel 1)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate caps 45mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada 365 días) MO
PEGASYS	\$0 (Nivel 1)	PA
PREVYMIS TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA MO
RELENZA DISKHALER	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin caps</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ribavirin tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valganciclovir tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VEMLIDY	\$0 (Nivel 1)	MO
VOSEVI	\$0 (Nivel 1)	PA
CEFALOSPORINAS		
CEFACLOR ER	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefaclor susr</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefaclor caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CEFAZOLIN SODIUM INJ 1GM/50ML; 4%	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN SODIUM INJ 100GM, 300GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CEFAZOLIN INJ 2GM/100ML; 4%	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN INJ 2GM, 3GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefpime inj 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefpime hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefixime caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefixime oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefotetan inj 1gm/10ml, 2gm/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime inj 6gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 (Nivel 1)	
CEFTRIAXONE SODIUM INJ 100GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefuroxime axetil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium inj 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin caps 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin caps 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin oral susp, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SUPRAX ORAL SUSP 500MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>tazicef</i>	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO	\$0 (Nivel 1)	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
AZITHROMYCIN PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azithromycin tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azithromycin oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azithromycin inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIFICID ORAL SUSP	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID TABS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythrocin stearate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin lactobionate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tabs 100mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 400mg/200ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hydrochloride inj 400mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew 200mg; 28.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium chew 400mg; 57mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium oral susp 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium oral susp 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tabs 250mg; 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin caps, chew, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin oral susp 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin oral susp 400mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 125mg, 1gm, 250mg, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium inj 1gm, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin-sulbactam</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin/sulbactam</i>	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN L-A	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nafcillin sodium inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nafcillin sodium inj 10gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g potassium inj 20000000unit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>penicillin g potassium inj 5000000unit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PENICILLIN G PROCAINE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>penicillin v potassium solr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline hyclate caps 100mg, 50mg, tabs 100mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline hyclate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate caps 100mg, 150mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 100mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline oral susp 25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minocycline hcl tabs 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST MO
<i>minocycline hcl caps 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>monodoxine nl</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA	\$0 (Nivel 1)	LA
<i>tetracycline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 (Nivel 1)	
AGENTES ANTINEOLESICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>cyclophosphamide caps</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLEOSTINE CAPS 10MG, 40MG	\$0 (Nivel 1)	
GLEOSTINE CAPS 100MG	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI	\$0 (Nivel 1)	QL (5 c/u por 28 días) PA LA
LONSURF	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>mercaptopurine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methotrexate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methotrexate sodium inj 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methotrexate sodium inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
ONUREG	\$0 (Nivel 1)	QL (14 c/u por 28 días) PA LA
PURIXAN	\$0 (Nivel 1)	
TABLOID	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
AKEEGA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>anastrozole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bicalutamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ELIGARD	\$0 (Nivel 1)	PA
EMCYT	\$0 (Nivel 1)	MO
ERLEADA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>exemestane</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flutamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>letrozole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>leuprolide acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75MG	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25MG	\$0 (Nivel 1)	PA
LYSODREN	\$0 (Nivel 1)	
<i>megestrol acetate tabs 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NUBEQA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ORGOVYX	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ORSERDU TABS 345MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
ORSERDU TABS 86MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
SOLTAMOX	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
XTANDI	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ZYTIGA TABS 500MG	\$0 (Nivel 1)	PA LA
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide caps 20mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
<i>lenalidomide caps 10mg, 15mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
POMALYST	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
REVLIMID CAPS 20MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
REVLIMID CAPS 10MG, 15MG, 2.5MG, 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
THALOMID CAPS 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
VARIOS		
ASPARLAS	\$0 (Nivel 1)	PA LA
BESREMI	\$0 (Nivel 1)	QL (2 ML por 28 días) PA LA
<i>bexarotene caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>hydroxyurea</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
KISQALI FEMARA 200 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA
MATULANE	\$0 (Nivel 1)	LA
ONCASPAR	\$0 (Nivel 1)	PA
SYNRIBO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>tretinoin caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
WELIREG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES		
ALECENSA	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
ALUNBRIG TBPK	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ALUNBRIG TABS 30MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
ALUNBRIG TABS 180MG, 90MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
AYVAKIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
BALVERSA TABS 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
BALVERSA TABS 4MG	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
BALVERSA TABS 3MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
BOSULIF TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRAFTOVI	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
BRUKNINSA	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
CABOMETYX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
CALQUENCE	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
CAPRELSA TABS 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
CAPRELSA TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
COMETRIQ KIT 140MG/DAY	\$0 (Nivel 1)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
COMETRIQ KIT 100MG/DAY	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
COMETRIQ KIT 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
COPIKTRA	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
COTELLIC	\$0 (Nivel 1)	QL (63 EA por 28 días) PA LA
DAURISMO TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
DAURISMO TABS 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
ERIVEDGE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbs 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
EXKIVITY	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
FARYDAK	\$0 (Nivel 1)	PA LA
FOTIVDA	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
GAVRETO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
<i>gefitinib</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
GILOTRIF	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IBRANCE	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
ICLUSIG TABS 10MG, 30MG	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ICLUSIG TABS 15MG, 45MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IDHIFA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
IMBRUVICA ORAL SUSP	\$0 (Nivel 1)	QL (216 ML por 27 días) PA LA
IMBRUVICA TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IMBRUVICA CAPS 70MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IMBRUVICA CAPS 140MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INLYTA TABS 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
INLYTA TABS 1MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
INREBIC	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
IRESSA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
JAKAFI	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
JAYPIRCA TABS 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
JAYPIRCA TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
KISQALI	\$0 (Nivel 1)	PA
KRAZATI	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LORBRENA TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
LORBRENA TABS 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
LUMAKRAS TABS 120MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
LUMAKRAS TABS 320MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
LYNPARZA	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
LYTGOBI TBPK 16MG	\$0 (Nivel 1)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
LYTGOBI TBPK 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (140 EA por 28 días) PA LA
LYTGOBI TBPK 12MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
MEKINIST SOLR	\$0 (Nivel 1)	QL (1260 ML por 30 días) PA LA
MEKINIST TABS 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
MEKINIST TABS 0.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
MEKTOVI	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
NERLYNX	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
NEXAVAR	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
NINLARO	\$0 (Nivel 1)	PA
ODOMZO	\$0 (Nivel 1)	PA LA
OJJAARA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
PEMAZYRE	\$0 (Nivel 1)	QL (14 EA por 21 días) PA LA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA
QINLOCK	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
RETEVMO CAPS 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
RETEVMO CAPS 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
REZLIDHIA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>romidepsin inj 10MG</i>	\$0 (Nivel 1)	
ROZLYTREK CAPS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (150 c/u cada 30 días) PA LA
ROZLYTREK CAPS 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
RUBRACA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
RYDAPT	\$0 (Nivel 1)	QL (224 c/u por 28 días) PA
SCEMBLIX TABS 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) PA
SCEMBLIX TABS 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>sorafenib tosylate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA
SPRYCEL TABS 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
SPRYCEL TABS 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
STIVARGA	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
<i>sunitinib malate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
TABRECTA	\$0 (Nivel 1)	QL (112 EA por 28 días) PA
TAFINLAR CAPS	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
TAFINLAR TBSO	\$0 (Nivel 1)	QL (900 EA por 30 días) PA LA
TAGRISSO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
TALZENNA CAPS 0.1MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
TALZENNA CAPS 0.25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
TASIGNA	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA
TAZVERIK	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
TECVAYLI	\$0 (Nivel 1)	PA LA
TEPMETKO	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
TIBSOVO	\$0 (Nivel 1)	PA LA
TRUSELTIQ CPPK 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
TRUSELTIQ CPPK 0, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (42 c/u por 28 días) PA LA
TRUSELTIQ CPPK 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (63 EA por 28 días) PA LA
TRUXIMA	\$0 (Nivel 1)	PA
TUKYSA TABS 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUKYSA TABS 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
TURALIO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
UKONIQ	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VANFLYTA	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (42 c/u por 28 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 10MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VERZENIO	\$0 (Nivel 1)	PA LA
VITRAKVI SOLN	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) PA LA
VITRAKVI CAPS 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VITRAKVI CAPS 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
VIZIMPRO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
VONJO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VOTRIENT	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
XALKORI	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
XOSPATA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Nivel 1)	QL (24 EA por 28 días) PA LA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Nivel 1)	QL (32 EA por 28 días) PA LA
XPOVIO TBPK 40MG, 60MG	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) PA LA
XPOVIO TBPK 40MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) PA LA
ZEJULA CAPS	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ZEJULA TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
ZELBORAF	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
ZIRABEV	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ZOLINZA	\$0 (Nivel 1)	PA
ZYDELIG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
ZYKADIA	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MESNEX TABS 400MG	\$0 (Nivel 1)	MO
CARDIOVASCULARES		
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 20mg, 25mg; 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moexipril hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>perindopril erbumine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ramipril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trandolapril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
KERENDIA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prazosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/amlodipine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 25mg; 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil tabs 32mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tabs 16mg, 4mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBI	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tabs 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs 320mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs 160mg, 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiodarone hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flecainide acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 (Nivel 1)	
LIDOCAINE HCL INJ 100MG/5ML VIALS	\$0 (Nivel 1)	
<i>lidocaine hcl inj 100mg/5ml prefilled syringe, 50mg/5ml prefilled syringe with needle</i>	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ	\$0 (Nivel 1)	MO
NORPACE CR	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pacerone</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propafenone hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propafenone hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sorine tabs 160mg, 240mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sorine tabs 120mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized caps 150mg, 134mg, 130mg, 200mg, 67mg, 50mg, 43mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate tabs 145mg, 160mg, 40mg, 48mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate tabs 120mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibric acid dr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gemfibrozil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colestipol hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ezetimibe</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>niacin er tbcr 1000mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>niacin er tbcr 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacor</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRALUENT	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>prevalite</i>	\$0 (Nivel 1)	
VASCEPA	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atenolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol phosphate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol hydrochloride inj 5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nebivolol hydrochloride tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hcl oral soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hcl inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>afeditab cr</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dilt-xr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl cd</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DILTIAZEM HCL INJ 100MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl inj 125mg/25ml, 50mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isradipine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>matzim la tb24 240mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>matzim la tb24 180mg, 300mg, 420mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nicardipine hcl caps 20mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine er tb24 30mg (osmotic release), 60mg (osmotic release), 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine er tb24 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nisoldipine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>taztia xt</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tiadylt er cp24 420mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er tbcr 120mg, 240mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er cp24 100mg, 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HCL SR CP24 360MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl sr cp24 120mg, 180mg, 240mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl sr tbcr 240mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er tbcr 180mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride er cp24 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acetazolamide tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bumetanide tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bumetanide inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide oral soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methazolamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metolazone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>torsemide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>aliskiren</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BIDIL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clonidine hcl ptwk 0.1mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine hcl ptwk 0.2mg/24hr; 0.3mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CORLANOR SOLN	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR TABS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digitek</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digox</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digoxin inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tabs 62.5mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>droxidopa caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>guanfacine hydrochloride tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>hydralazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydralazine hcl inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydralazine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metyrosine</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>midodrine hcl tabs 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>midodrine hcl tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minoxidil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NITRO-BID	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitroglycerin lingual spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NITROGLYCERIN INJ	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin subl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
<i>alyq</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ambrisentan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>bosentan tabs 62.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
<i>bosentan tabs 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D LA
OPSUMIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>sildenafil inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1125 ML por 30 días) PA
<i>sildenafil citrate (generic Revatio) tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA
<i>tadalafil (generic Adcirca) tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
TRACLEER TAB FOR ORAL SUSP 32MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENTAVIS	\$0 (Nivel 1)	PA LA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANSIOLÍTICOS		
<i>alprazolam er tabs 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALPRAZOLAM INTENSOL	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buspirone hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>buspirone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>oxazepam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM TABS 200MG, 400MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
APTIOM TABS 600MG, 800MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
BRIVIACT INJ	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er cp12</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine er tb12 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine er tb12 200mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine chew, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbamazepine susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CELONTIN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clobazam susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>clobazam tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>clonazepam odt tbdp 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tabs 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i>clorazepate dipotassium tabs 3.75mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
DIACOMIT CAPS 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT CAPS 250MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACK 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACK 250MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
DIAZEPAM RECTAL GEL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diazepam conc</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
<i>diazepam tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>diazepam oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO
<i>diazepam inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
DILANTIN	\$0 (Nivel 1)	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 (Nivel 1)	MO
DILANTIN-125	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium dr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EPIDIOLEX	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA LA
<i>epitol</i>	\$0 (Nivel 1)	
EPRONTIA	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>ethosuximide caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ethosuximide soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>felbamate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FINTEPLA	\$0 (Nivel 1)	QL (360 ML por 30 días) PA LA
<i>fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosphenytoin sodium inj 500mg pe/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FYCOMPA SUSP	\$0 (Nivel 1)	QL (720 ML por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>gabapentin caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin caps 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin caps 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lacosamide oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine immediate release tabs, chew tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine odt</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levetiracetam er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levetiracetam inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methsuximide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NAYZILAM	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oxcarbazepine susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenobarbital sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>phenobarbital tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital elix</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO
<i>phenytek</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pregabalin caps 100mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin caps 225mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>roweepra</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rufinamide susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 c/u por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>subvenite</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter kit/green</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tiagabine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate cpsp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VALTOCO 10 MG DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 15 MG DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 20 MG DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
VALTOCO 5 MG DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
<i>vigadronate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
XCOPRI TABS 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABS 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG; 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI TITRATION PACK 50MG; 100MG, 150MG; 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI MAINTENANCE PACK 150MG; 100MG, 200MG; 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (56 c/u por 28 días) MO
ZONISADE	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZTALMY	\$0 (Nivel 1)	QL (1100 ML por 30 días) PA LA
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tbdp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs 23mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>memantine hcl titration pak</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>memantine hydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 ml cada 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NAMZARIC	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine transdermal system</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 10mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxapine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AUVELITY	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hcl immediate release tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hcl immediate release tabs 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clomipramine hydrochloride caps</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>desipramine hydrochloride tabs 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desipramine hydrochloride tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DESVENLAFAKINE ER (GENERIC KHEDEZLA) TB24 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>desvenlafaxine er (generic Pristiq) tb24 100mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>doxepin hcl oral conc, caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 30MG, 60MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hcl caps 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>duloxetine hydrochloride caps 20mg, 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EMSAM	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>escitalopram oxalate soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 EA por 30 días) MO
FETZIMA TITRATION PACK	\$0 (Nivel 1)	PA MO
FETZIMA CP24 120MG, 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA CP24 20MG, 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>fluoxetine dr caps 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>fluoxetine hcl caps 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hcl soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride caps 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride (generic Prozac) tabs 10mg, 20mg, 60mg, soln 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MARPLAN	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs 15mg, 30mg, 45mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg, soln 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paroxetine hcl er tb24 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl er tb24 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>sertraline hcl oral conc</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>sertraline hcl tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>trazodone hydrochloride tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trazodone hydrochloride tabs 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trimipramine maleate caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate caps 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
TRINTELLIX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VENLAFAKINE BESYLATE ER	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hydrochloride tabs 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VIIBRYD STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vilazodone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amantadine hcl caps</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benztropine mesylate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>bromocriptine mesylate tabs, caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>entacapone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INBRIJA	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) PA LA
NEUPRO	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pramipexole dihydrochloride immediate release tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ropinirole er tb24 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 12mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ropinirole hcl immediate release tabs 0.25mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ropinirole hcl immediate release tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>selegiline hcl tabs, caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>aripiprazole odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
ARISTADA INITIO	\$0 (Nivel 1)	
ARISTADA INJ 441MG/1.6ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.6 ML por 28 días)
ARISTADA INJ 662MG/2.4ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.4 ML por 28 días)
ARISTADA INJ 882MG/3.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.2 ML por 28 días)
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.9 ML por 56 días)
<i>asenapine maleate sl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
CAPLYTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorpromazine hcl inj 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hcl inj 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorpromazine hydrochloride oral conc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorpromazine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CLOZAPINE ODT TBDP 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA
CLOZAPINE ODT TBDP 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA
<i>clozapine odt tbdp 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clozapine odt tbdp 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA
<i>clozapine tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clozapine tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días)
<i>clozapine tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 c/u por 30 días)
FANAPT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluphenazine hcl conc, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluphenazine hcl inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluphenazine hydrochloride oral elixir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>haloperidol decanoate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol lactate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>haloperidol conc</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.5 ML por 180 días)
INVEGA HAFYERA INJ 1560MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (5 ML por 180 días)
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.25 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.75 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML cada 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.88 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INJ 410MG/1.32ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INJ 546MG/1.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INJ 819MG/2.63ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.63 ML por 90 días)
LATUDA TABS 120MG, 20MG, 40MG, 60MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
LATUDA TABS 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>loxapine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lurasidone hydrochloride tabs 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lurasidone hydrochloride tabs 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>molindone hydrochloride tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>molindone hydrochloride tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUPLAZID	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>olanzapine odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olanzapine inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 EA por 1 días) MO
<i>olanzapine tabs 10mg, 15mg, 20mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olanzapine tabs 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tb24 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>perphenazine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PERSERIS	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días)
<i>pimozide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS 3MG, 4MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 1mg, 2mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>risperidone soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
SECUADO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>thioridazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>thiothixene</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 2mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trifluoperazine hcl tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trifluoperazine hydrochloride tabs 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERSACLOZ	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA
VRAYLAR CAP THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
VRAYLAR CAPS 3MG, 4.5MG, 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CAPS 1.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ziprasidone hcl caps</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ziprasidone mesylate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 3 días) MO
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 405MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine er cp24</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride caps 10mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 18mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 100mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexamphetamine hcl er caps 20mg, 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexamphetamine hcl tabs 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexamphetamine hydrochloride er caps 10mg, 15mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexamphetamine hydrochloride er cp24 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexamphetamine hydrochloride tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate immediate release tabs 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine er tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride tb24 1mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride tb24 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride cd er caps 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride cd er caps 10mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg, 36mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24 27mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TBCR 45MG, 63MG, 72MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr (generic Concerta) 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride chew tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride soln 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
VYVANSE	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
<i>BELSOMRA</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>DAYVIGO</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>HETLIOZ CAPS</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>HETLIOZ LQ ORAL SUSP</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (158 ML por 30 días) PA LA
<i>tasimelteon</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>temazepam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>triazolam tabs 0.125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>zaleplon caps 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zaleplon caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>zolpidem tartrate immediate release tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
MIGRAÑA		
<i>AIMOVIG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 30 días) PA
<i>dihydroergotamine mesylate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate nasal soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 EA por 28 días) PA MO
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>NURTEC</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan nasal spray</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate refill inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (9 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 365 días) PA
AUSTEDO XR TB24 12MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA
AUSTEDO XR TB24 24MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
AUSTEDO XR TB24 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
AUSTEDO TABS 12MG, 9MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
AUSTEDO TABS 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LITHIUM ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	MO
NUEDEXTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tb24 330mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tb24 165mg, 82.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>riluzole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tetrabenazine tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
<i>tetrabenazine tabs 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
AVONEX	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA
AVONEX PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA
BETASERON	\$0 (Nivel 1)	QL (14 EA por 28 días) PA
COPAXONE INJ 40MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ML por 28 días) PA
COPAXONE INJ 20MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) PA
<i>dalfampridine er</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i> fingolimod</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA
GILENYA CAPS 0.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA
KESIMPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (6.4 ML por 365 días) PA
TECFIDERA STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (120 c/u por 365 días) PA LA
TECFIDERA CPDR 120MG	\$0 (Nivel 1)	QL (14 c/u por 7 días) PA LA
TECFIDERA CPDR 240MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
VUMERTY	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorzoxazone tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
cyclobenzaprine hydrochloride tabs 5mg, 10mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
dantrolene sodium caps 25mg, 50mg, 100mg	\$0 (Nivel 1)	MO
tizanidine hcl caps 4mg, tabs 2mg	\$0 (Nivel 1)	MO
tizanidine hydrochloride caps 2mg, 6mg, tabs 4mg	\$0 (Nivel 1)	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
armodafinil tabs 150mg, 200mg, 250mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
armodafinil tabs 50mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
modafinil tabs 100mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
modafinil tabs 200mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE	\$0 (Nivel 1)	QL (540 ML por 30 días) PA LA
XYREM	\$0 (Nivel 1)	QL (540 ML por 30 días) PA LA
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
acamprosate calcium dr	\$0 (Nivel 1)	MO
buprenorphine hcl subl 2mg, 8mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl tabs	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
disulfiram tabs	\$0 (Nivel 1)	MO
naloxone hcl inj 2mg/2ml	\$0 (Nivel 1)	
naloxone hcl inj 4mg/10ml	\$0 (Nivel 1)	MO
naloxone hydrochloride nasal spray	\$0 (Nivel 1)	MO
naloxone hydrochloride cartridge inj 0.4mg/ml	\$0 (Nivel 1)	
naloxone hydrochloride vial inj 0.4mg/ml	\$0 (Nivel 1)	MO
naltrexone hcl tabs	\$0 (Nivel 1)	MO
NICOTROL INHALER	\$0 (Nivel 1)	MO
NICOTROL NASAL SPRAY	\$0 (Nivel 1)	QL (360 ML por 365 días) MO
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	\$0 (Nivel 1)	PA MO
VARENICLINE TARTRATE TABS 1MG, 0.5MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
VIVITROL	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENDOCRINO Y ENDOCRINO		
ANDRÓGENOS		
<i>depo-testosterone</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>testosterone cypionate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>testosterone enanthate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>testosterone pump gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 GM por 30 días) MO
<i>testosterone pump gel 2% (10mg/act)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>testosterone gel 1% (25mg/2.5gm, 50mg/5gm)</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 GM por 30 días) MO
<i>testosterone topical solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/NOVO PEN NEEDLE ULTRA-FINE	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP PENFILL	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP PUMPCART	\$0 (Nivel 1)	B/D
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 (Nivel 1)	MO
LANTUS	\$0 (Nivel 1)	MO
LANTUS SOLOSTAR	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVEMIR	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVEMIR FLEXPEN	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN 70/30 (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLIN N (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLIN N FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLIN R (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLOG (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLOG FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVOLOG PENFILL	\$0 (Nivel 1)	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 (Nivel 1)	QL (15 ML por 25 días) MO
TOUJEO MAX SOLOSTAR	\$0 (Nivel 1)	MO
TOUJEO SOLOSTAR	\$0 (Nivel 1)	MO
TRESIBA	\$0 (Nivel 1)	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 1)	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 (Nivel 1)	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose tabs	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
BYDUREON BCISE	\$0 (Nivel 1)	QL (3.4 ML por 28 días) PA MO
BYETTA INJ 5MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.2 ML por 30 días) PA MO
BYETTA INJ 10MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.4 ML por 30 días) PA MO
FARXIGA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
glimepiride tabs 4mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
glimepiride tabs 1mg, 2mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
glipizide er tb24 10mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
glipizide er tb24 2.5mg, 5mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>glipizide xl tb24 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tb24 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS 10MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TB24 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Fortamet and Glumetza) 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tabs 850mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>nateglinide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (0.25MG OR 0.5MG/DOSE)	\$0 (Nivel 1)	QL (1.5 ML por 28 días) PA
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (1MG/DOSE)	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 28 días) PA
OZEMPIC INJ 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 120	\$0 (Nivel 1)	QL (10,8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60	\$0 (Nivel 1)	QL (6 ML por 30 días) PA MO
SYNJARDY XR TB24 25MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRADJENTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TB24 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY	\$0 (Nivel 1)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
VICTOZA	\$0 (Nivel 1)	QL (9 ML por 30 días) PA MO
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon nasal spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FORTEO	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ibandronate sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium inj</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 90 días) MO
NATPARA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
PAMIDRONATE DISODIUM INJ 6MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>pamidronate disodium inj 30mg/10ml, 90mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROLIA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 180 días)

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risedronate sodium dr tab 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 84 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XGEVA	\$0 (Nivel 1)	PA
ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>zoledronic acid inj 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
AGENTES QUELANTES		
CHEMET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>deferasirox pack, tabs for oral susp 125mg, 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
LOKELMA PACK 10GM	\$0 (Nivel 1)	QL (34 EA por 30 días) MO
LOKELMA PACK 5GM	\$0 (Nivel 1)	QL (96 EA por 30 días) MO
<i>penicillamine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder sps oral susp 15gm/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trientine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
VELTASSA PACK 16.8GM, 25.2GM	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VELTASSA PACK 8.4GM	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>altavera</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amethia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amethyst</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>apri</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aranelle</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ashlyna</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aviane</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ayuna</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>balziva</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>blisovi fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>briellyn</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>camila</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CAMRESE	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO	\$0 (Nivel 1)	
<i>caziant</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>charlotte 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chateal</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>chateal eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cryselle-28</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cyred</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>daysee</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>deblitane</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>delyla</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dolishale</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>elinest</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eluryng</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>emoquette</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enilloring</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enpresse-28</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enskyce</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>errin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estarylla</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>falmina</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fayosim</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>femynor</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>finzala</i>	\$0 (Nivel 1)	
GIANVI	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hailey 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>hailey fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloette</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heather</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>iclevia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>incassia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>introvale</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isibloom</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>jaimiess</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>jasmiel</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>jencycla</i>	\$0 (Nivel 1)	
JOLESSA	\$0 (Nivel 1)	
<i>juleber</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>junel fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>junel fe 24</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>kalliga</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kariva</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>kelnor 1/50</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>kurvelo</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>larissia</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEENA	\$0 (Nivel 1)	
<i>lessina</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonest</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel and ethynodiol dienoate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levonorgestrel/ethynodiol dienoate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lillow</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lo-zumandimine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lojaimess</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loryna</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lutera</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lyeq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyza</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1.5/30	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 1/20	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0 (Nivel 1)	
<i>mili</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mono-linyah</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nikki</i>	\$0 (Nivel 1)	
NORA-BE	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone tabs 0.35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone & ethynodiol dienoate ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norlyda</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norlyroc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortrel 1/35 28-day regimen</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 21-day regimen</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nymyo</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>OCELLA</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>orsythia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>philith</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimtrea</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pirmella 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pirmella 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>portia-28</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>previfem</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>reclipsen</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>RIVELSA</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>setlakin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sharobel</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>simliya</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>simpesse</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sprintec 28</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sronyx</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>syeda</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina 24 fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>TILIA FE</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-femynor</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-estarrylla</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-legest fe</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-linyah</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarrylla</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-mili</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora-28</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tydemy</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>velivet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vestura</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vienva</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>viorele</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>volnea</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vyfemla</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vylibra</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>wera</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>wymzyafe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zumandimine</i>	\$0 (Nivel 1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SYNAREL</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>DELESTROGEN INJ 10MG/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dotti</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días)
<i>DUAVEE</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol valerate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 1mg/0.5mg, 0.5mg/0.1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol oral tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol vaginal crea, vaginal tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol patch weekly</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol patch twice weekly</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) MO
ESTRING	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>jinteli</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyllana</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PREMARIN	\$0 (Nivel 1)	MO
PREMPRO	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>yuvafem</i>	\$0 (Nivel 1)	
GLUCOCORTICOIDES		
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml pf vial, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dexamethasone tabs, oral soln, oral elixir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylprednisolone acetate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone dose pack</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 1000mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 125mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisolone oral soln 15mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
PREDNISONE INTENSOL	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisone tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisone tab therapy pack</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednisone soln</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
SOLU-CORTEF	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
A GENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE KIT	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE PFS	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inj 200mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>betaine anhydrous</i>	\$0 (Nivel 1)	LA
<i>cabergoline</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carglumic acid</i>	\$0 (Nivel 1)	PA LA
CERDELGA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
CYSTAGON	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>desmopressin acetate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate nasal soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate pf inj 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate inj 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 (Nivel 1)	
GENOTROPIN	\$0 (Nivel 1)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	\$0 (Nivel 1)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 1)	PA
INCRELEX	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>javygtor</i>	\$0 (Nivel 1)	PA LA
KORLYM	\$0 (Nivel 1)	PA LA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOCARNITINE TABS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levocarnitine inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LUPRON DEPOT-PED	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJ 11.25MG, 15MG, 7.5MG	\$0 (Nivel 1)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJ 11.25MG, 30MG	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methergine</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylergonovine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitisinone</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>sodium phenylbutyrate tabs, oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Nivel 1)	PA LA
SOMAVERT INJ	\$0 (Nivel 1)	PA LA
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
<i>calcium acetate caps, tabs 667mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>lanthanum carbonate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>progesterone caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>progesterone inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVO-T	\$0 (Nivel 1)	
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVOTHYROXINE SODIUM INJ SOLN 100MCG/ML, 200MCG/5ML, 500MCG/5ML	\$0 (Nivel 1)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INJ SOLN 100MCG/5ML	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>liothyronine sodium inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propylthiouracil tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SYNTHROID	\$0 (Nivel 1)	MO
UNITHROID	\$0 (Nivel 1)	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>calcitriol inj 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcitriol oral soln 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxercalciferol inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paricalcitol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant caps therapy pack, 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>aprepitant caps 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIMENHYDRINATE INJ	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND ORAL SUSP	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>granisetron hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
METOCLOPRAMIDE ODT TBDP 10MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide odt tbdp 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días) B/D MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride inj 40mg/20ml, 4mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ondansetron odt</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prochlorperazine rectal supp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>promethazine hcl plain syrup 6.25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>promethazine hcl inj, supp</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
PROMETHEGAN SUPP 50MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>promethegan supp 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>promethegan supp 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
SANCUSO	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>scopolamine patch</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>trimethobenzamide hydrochloride caps</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dicyclomine hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glycopyrrolate oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glycopyrrolate inj 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>glycopyrrolate vial inj 0.2mg/ml, 1mg/5ml, 4mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methscopolamine bromide tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cimetidine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famotidine premixed inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famotidine inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>budesonide er tabs 9mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>budesonide cpep 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine dr caps 400mg, tabs 1.2gm, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine supp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine enem, kit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfasalazine tabs, dr tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LAXANTES		
<i>CLENPIQ SOLN 12GM/160ML; 3.5GM/160ML; 10MG/160ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>CLENPIQ SOLN 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>constulose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>enulose</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>GOLYTELY</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>KRISTALOSE</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>lactulose oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>NULYTELY</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>peg-3350/electrolytes</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>PLENVU</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SUPREP BOWEL PREP KIT</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>SUTAB</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>cromolyn sodium oral conc 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diphenoxylate/atropine oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GATTEX	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LINZESS	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hcl caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>misoprostol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MOVANTIK TABS 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABS 12.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
SUCRALFATE SUSP	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sucralfate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ursodiol caps 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ursodiol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XERMELO	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
XIFAXAN TABS 550MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	\$0 (Nivel 1)	MO
ZENPEP	\$0 (Nivel 1)	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>dexlansoprazole</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium caps</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lansoprazole caps dr 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole caps dr 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium ec tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium ec tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium dr tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin caps 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin caps 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetic acid 0.25%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bethanechol chloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ELMIRON	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>potassium citrate er tbcr 540mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium citrate er tbcr 1080mg, 15meg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
GEMTESA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ TB24	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SRER	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>solifenacin succinate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
<i>trospium chloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>trospium chloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>miconazole 3</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terconazole crea</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terconazole supp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS 2.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium inj 150mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>enoxaparin sodium inj 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml, 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>FRAGMIN INJ 10000UNIT/4ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>FRAGMIN INJ 2500UNIT/0.2ML, 95000UNIT/3.8ML</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>HEPARIN SODIUM/D5W</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>HEPARIN SODIUM/DEXTROSE</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>HEPARIN SODIUM INJ 5000UNIT/0.5ML, 5000UNIT/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>jantoven</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>warfarin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>XARELTO STARTER PACK</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (51 EA por 30 días) MO
<i>XARELTO ORAL SUSP</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (620 ML por 30 días) MO
<i>XARELTO TABS 10MG, 15MG, 20MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>XARELTO TABS 2.5MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
<i>PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>ZARXIO</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>BERINERT</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 EA por 30 días) PA LA

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cilostazol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DOPTELET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
DROXIA	\$0 (Nivel 1)	MO
HAEGARDA INJ 3000UNIT	\$0 (Nivel 1)	QL (20 EA por 30 días) PA LA
HAEGARDA INJ 2000UNIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>icatibant acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (27 ML por 30 días) PA
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PROMACTA PACK 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA PACK 12.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS 50MG, 75MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>sajazir</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (27 ML por 30 días) PA LA
<i>tranexamic acid tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tranexamic acid inj</i>	\$0 (Nivel 1)	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
BRILINTA	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tabs 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>prasugrel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.34 ML por 28 días) PA
DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	\$0 (Nivel 1)	QL (4.56 ML por 28 días) PA
DUPIXENT INJ 300MG/2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL MINI	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL SURECLICK	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL INJ 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML, 50MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	\$0 (Nivel 1)	PA
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 28 días) PA
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 28 días) PA
KEVZARA	\$0 (Nivel 1)	QL (2.28 ML por 28 días) PA
OTEZLA STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (110 EA por 365 días) PA
OTEZLA TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
RINVOQ	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
SKYRIZI PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 180MG/1.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.2 ML por 56 días) PA
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.4 ML por 56 días) PA
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 150MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 365 días) PA
STELARA INJ 45MG/0.5ML PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) PA
STELARA INJ 45MG/0.5ML VIAL	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) PA LA
STELARA INJ 90MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA
STELARA INJ 130MG/26ML	\$0 (Nivel 1)	QL (104 ML por 365 días) PA LA
TALTZ	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 28 días) PA LA
XELJANZ XR	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA
XELJANZ SOLN	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 24 días) PA
XELJANZ TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>leflunomide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>XATMEP</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM	\$0 (Nivel 1)	PA LA
FLEBOGAMMA DIF	\$0 (Nivel 1)	PA
GAMASTAN	\$0 (Nivel 1)	B/D LA
GAMMAGARD LIQUID	\$0 (Nivel 1)	PA
GAMMAGARD S/D INJ 5GM, 10GM	\$0 (Nivel 1)	PA
GAMMAKED	\$0 (Nivel 1)	PA
GAMMAPLEX	\$0 (Nivel 1)	PA LA
GAMUNEX-C	\$0 (Nivel 1)	PA

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 25GM/500ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	\$0 (Nivel 1)	PA
PANZYGA	\$0 (Nivel 1)	PA
PRIVIGEN	\$0 (Nivel 1)	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ARCALYST	\$0 (Nivel 1)	PA LA
INTRON A	\$0 (Nivel 1)	LA
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE INJ	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>azathioprine tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
BENLYSTA	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>cyclosporine</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>cyclosporine modified</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>gengraf caps</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gengraf soln</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inj</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
NULOJIX	\$0 (Nivel 1)	B/D
PROGRAF GRANULES	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
REZUROCK	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
SANDIMMUNE ORAL SOLN	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>sirolimus soln</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>sirolimus tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
VACUNAS		
ABRYSVO	\$0 (Nivel 1)	
ACTHIB	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL	\$0 (Nivel 1)	
AREXVY	\$0 (Nivel 1)	
BCG VACCINE	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BEXSERO	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAXIA	\$0 (Nivel 1)	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS	\$0 (Nivel 1)	
ADSORBED PEDIATRIC		
ENGERIX-B	\$0 (Nivel 1)	B/D
GARDASIL 9	\$0 (Nivel 1)	
HAVRIX	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B	\$0 (Nivel 1)	B/D
HIBERIX	\$0 (Nivel 1)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	\$0 (Nivel 1)	B/D
INFANRIX	\$0 (Nivel 1)	
IPOL INACTIVATED IPV	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO	\$0 (Nivel 1)	
JYNNEOS	\$0 (Nivel 1)	B/D
KINRIX	\$0 (Nivel 1)	
M-M-R II	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO	\$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIOD	\$0 (Nivel 1)	B/D
PRIORIX	\$0 (Nivel 1)	
PROQUAD	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT	\$0 (Nivel 1)	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 (Nivel 1)	B/D
ROTARIX	\$0 (Nivel 1)	
ROTAQE	\$0 (Nivel 1)	
SHINGRIX	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 999 días)
TDVAX	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRUMENBA	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX	\$0 (Nivel 1)	
YF-VAX	\$0 (Nivel 1)	
SUPLEMENTOS NUTRICIONALES Y SUPLEMENTOS		
ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES		
DEXTROSE 10%/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48	\$0 (Nivel 1)	
VIAFLEX		
DEXTROSE 10%/NAACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 2.5%/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NAACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NAACL 0.33%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NAACL 0.9%	\$0 (Nivel 1)	MO
DEXTROSE 5%/NAACL 0.225%	\$0 (Nivel 1)	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 1)	
ISOLYTE-S	\$0 (Nivel 1)	B/D
ISOLYTE-S PH 7.4	\$0 (Nivel 1)	B/D
KCL 0.075%/D5W/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NAACL 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.3%/D5W/NAACL 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers</i>	\$0 (Nivel 1)	
MAGNESIUM SULFATE INJ 20GM/500ML, 40GM/1000ML, 4GM/50ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate inj 2gm/50ml, 4gm/100ml, 50%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>multiple electrolytes injection type 1</i>	\$0 (Nivel 1)	
PLASMA-LYTE A	\$0 (Nivel 1)	
PLASMA-LYTE-148	\$0 (Nivel 1)	

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE INJ 5%; 10MEQ/L; 0.45%, 5%; 20MEQ/L; 0.45%, 5%; 20MEQ/L; 0.9%, 5%; 30MEQ/L; 0.45%, 5%; 40MEQ/L; 0.45%, 5%; 40MEQ/L; 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE INJ 5%; 0.15%; 0.225%	\$0 (Nivel 1)	HI
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INJ 40MEQ/L; 0.9% <i>potassium chloride/sodium chloride inj</i> <i>20meq/l; 0.45%, 20meq/l; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE INJ 0.4MEQ/ ML, 10MEQ/100ML, 10MEQ/50ML, 20MEQ/100ML, 40MEQ/100ML <i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
RINGERS INJECTION	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM BICARBONATE INJ 7.5% <i>sodium bicarbonate inj 4.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium bicarbonate inj 8.4%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium chloride 0.45%</i>	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM CHLORIDE INJ 2.5MEQ/ML, 5% <i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 4meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TPN ELECTROLYTES	\$0 (Nivel 1)	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>adc/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>effer-k tab 25meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>klor-con 10</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con 8</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m10</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>klor-con m15</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>klor-con m20</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>klor-con powder packet 20meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con/ef</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
M-NATAL PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multi vitamin/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>multi-vitamin/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multivitamin/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NEONATAL PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
NIVA-PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>poly-vitamin/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride er tabs 15meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er tabs 10meq, 20meq, 8meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride oral soln 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRENATAL	\$0 (Nivel 1)	MO
PRENATAL PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
PRENATAL VITAMINS PLUS LOW IRON	\$0 (Nivel 1)	MO
PREPLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride chew 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride soln 0.5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRICARE PRENATAL TABS	\$0 (Nivel 1)	MO
VP-PNV-DHA	\$0 (Nivel 1)	MO
WESTAB PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 6/5	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 8/10	\$0 (Nivel 1)	B/D
CLINIMIX 8/14	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>dextrose 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DEXTROSE 50%	\$0 (Nivel 1)	B/D

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 70%	\$0 (Nivel 1)	B/D
FREAMINE III	\$0 (Nivel 1)	B/D
HEPATAMINE	\$0 (Nivel 1)	B/D
NUTRILIPID	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
PREMASOL	\$0 (Nivel 1)	B/D
PROCALAMINE	\$0 (Nivel 1)	B/D
PROSOL	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRAVASOL	\$0 (Nivel 1)	B/D
TROPHAMINE	\$0 (Nivel 1)	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
BLEPHAMIDE S.O.P.	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neo-polycin hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>		
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TOBRADEX OINT	\$0 (Nivel 1)	MO
TOBRADEX ST	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZYLET	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bacitracin/polymyxin b</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BESIVANCE	\$0 (Nivel 1)	MO
CILOXAN OINT	\$0 (Nivel 1)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacina</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin ophthalmic soln 1.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días)
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>moxifloxacin hydrochloride (generic Vigamox) ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride (generic Moxeza) ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neo-polycin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate sulfacetamide sodium oint 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
ZIRGAN	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bromfenac ophthalmic solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BROMSITE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DUREZOL	\$0 (Nivel 1)	MO
EYSUVIS	\$0 (Nivel 1)	MO
FLAREX	\$0 (Nivel 1)	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ILEVRO	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln 0.4%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LOTEMAX OINT	\$0 (Nivel 1)	MO
LOTEMAX SM	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednisolone acetate ophthalmic susp</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLN 1%	\$0 (Nivel 1)	MO
PROLENSA	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln 4%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LASTACAFT	\$0 (Nivel 1)	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olopatadine hydrochloride ophthalmic soln 0.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZERVIATE	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLN 0.1%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BETOPTIC-S	\$0 (Nivel 1)	MO
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.15%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brinzolamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carteolol hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBIGAN	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate soln 2%-0.5% preservative free</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>latanoprost ophthalmic soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levobunolol hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LUMIGAN	\$0 (Nivel 1)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RHOPRESSA	\$0 (Nivel 1)	MO
ROCKLATAN	\$0 (Nivel 1)	MO
SIMBRINZA	\$0 (Nivel 1)	MO
TIMOLOL MALEATE OPHTHALMIC GEL FORMING SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate (generic Timoptic) soln 0.25%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa QL - límites de cantidad ST - tratamiento escalonado B/D - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA - acceso limitado MO - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>timolol maleate (generic Istalol) soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>travoprost</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VYZULTA	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
ATROPINE SULFATE OPHTH SOLN	\$0 (Nivel 1)	MO
CYSTARAN	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ISOPTO ATROPINE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>proparacaine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RESTASIS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
RESTASIS MULTIDOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (5.5 ML por 30 días) MO
TYRVAYA	\$0 (Nivel 1)	QL (8.4 ML por 30 días) MO
XIIDRA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid otic soln 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CIPRO HC	\$0 (Nivel 1)	MO
CIPROFLOXACIN OTIC SOLN 0.2%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flac otic oil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone/acetic acid otic soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc otic soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RESPIRATORIOS		
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS		
ANORO ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 (Nivel 1)	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE	\$0 (Nivel 1)	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 (Nivel 1)	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate neb soln</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTOCOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 ML por 30 días) MO
ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride nasal spray 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate soln</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
CARBINOXAMINE MALEATE TABS 6MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride oral soln 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tabs 2.68mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>desloratadine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hcl inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydroxyzine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>hydroxyzine hydrochloride inj, syrup 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>hydroxyzine pamoate caps</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olopatadine hcl nasal soln 0.6%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30.5 GM por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (generic Proventil HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (13.4 GM por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic ProAir HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (17 g cada 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic Ventolin HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (36 GM por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate nebu</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>albuterol sulfate syrup, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levalbuterol hcl nebu 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>levalbuterol hcl nebu 0.31mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>levalbuterol nebu 1.25mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SEREVENT DISKUS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate tabs, inj</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VENTOLIN HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (36 GM por 30 días) MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium chew, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium pack</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation soln 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
DALIRESP	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.3ml, 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 30 días) MO
ESBRIET CAPS	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA LA
FASENRA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA LA
FASENRA PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA LA
KALYDECO PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
KALYDECO TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
OFEV	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
ORKAMBI TABS	\$0 (Nivel 1)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
ORKAMBI PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
<i>pirfenidone caps</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA
<i>pirfenidone tabs 534mg, 801mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
PROLASTIN-C	\$0 (Nivel 1)	PA LA
PULMOZYME	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>roflumilast</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline er tabs 24hr 400mg, 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline er tb12 100mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er tb12 300mg, 450mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRIKAFTA THPK	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
TRIKAFTA TBPK	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
XOLAIR	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide nasal spray 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 ML por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 GM por 30 días) MO
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (34 GM por 30 días) MO
<i>XHANCE</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (32 ML por 30 días) PA MO
<i>INHALANTES ESTEROIDEOS</i>		
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>FLOVENT HFA AERO 44MCG/ACT</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (21.2 G por 30 días) MO
<i>FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT, 220MCG/ACT</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 G por 30 días) MO
<i>PULMICORT FLEXHALER</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 30 días) MO
<i>COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES</i>		
<i>ADVAIR DISKUS</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ADVAIR HFA</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 G por 30 días) MO
<i>BREO ELLIPTA AEPB 50MCG/INH; 25MCG/INH</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
<i>BREO ELLIPTA AEPB 100MCG/INH; 25MCG/INH, 200MCG/INH; 25MCG/INH</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>SYMBICORT</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10.2 GM por 30 días) MO
TÓPICO		
<i>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</i>		
<i>accutane</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>amnesteem</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>claravis</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindacin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días)
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 GM por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>dapsone gel 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery pad 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin gel 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin soln 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isotretinoin</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium lotion 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRETINOIN MICROSPHERE	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) PA MO
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin cream 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate cream 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mafénide acetato packets</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mupirocin oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin cream</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>silver sulfadiazine cream</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SSD	\$0 (Nivel 1)	
SULFAMYLON CREAM 85MG/GM	\$0 (Nivel 1)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox olamine cream 0.77%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox sham</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox susp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole soln 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate cream</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole cream 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketodan foam 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días)
<i>naftifine hcl cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>nyamyc</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin cream 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, ANTIPISORIÁSICOS		
<i>acitretin</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>calcipotriene crea, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>CALCITRIOL OINT 3MCG/GM</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (800 GM por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen caps</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tazarotene gel</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g por 30 días) PA MO
<i>tazarotene cream 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA MO
<i>TAZORAC CREAM 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole sham 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ala-cort crea 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 GM por 30 días)
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented crea</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented lotn</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate lotn</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate crea, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone valerate foam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate e cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate emollient foam 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate foam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate sham</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate spray liqd</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (125 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clodan shampoo 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide lotn</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>desonide crea, gel, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone cream, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desrx</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
<i>diflorasone diacetate crea</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>diflorasone diacetate oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
ENSTILAR	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>fluocinolone acetonide body</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified base cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crea 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>halobetasol propionate crea</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate lotn</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate soln</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednicarbate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>proctosol hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
TEXACORT	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tovet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días)
<i>triamicinolone acetonide aers spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamicinolone acetonide crea 0.025%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 GM por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine/prilocaine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>lidocaine ptch</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 EA por 1 días) PA MO
<i>lidocaine oint</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (35.44 GM por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate cream, lotn</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azelaic acid gel</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 GM por 30 días) MO
<i>DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREA 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>DOXYCYCLINE CPDR 40MG</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>FINACEA FOAM</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>FLUOROPLEX</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>FLUOROURACIL CREA 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crea 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil topical soln 2%, 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>IMIQUIMOD PUMP</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (15 GM por 28 días) MO
<i>imiquimod crea 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole gel 0.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>NORITATE</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ORACEA</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>PANRETIN</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
<i>podofilox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>procto-pak</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>proctozone-hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>RECTIV</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>rosadan gel</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>rosadan crea</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
VALCHLOR	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA LA
ZYCLARA PUMP CREAM 2.5%	\$0 (Nivel 1)	QL (7.5 GM por 28 días) MO
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>permethrin cream 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGRANEX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) PA MO
SANTYL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium chloride irrigation soln 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sterile water for irrigation</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorhexidine gluconate oral rinse 0.12%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clinpro 5000</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dentagel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoridex daily defense</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorimax 5000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>just right 5000</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>kourzeq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lidocaine hydrochloride viscous</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lidocaine viscous soln 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oralone dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paroex</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sf gel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm dry mouth</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride gel 1.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - autorización previa **QL** - límites de cantidad **ST** - tratamiento escalonado **B/D** - cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - acceso limitado **MO** - disponible para pedido por correo

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre alfabéticamente. Verá el número de página en la que puede encontrar más información de cobertura de su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n. ^o	Nombre del medicamento	Página n. ^o
A			
<i>abacavir</i>	18, 20	<i>ALPHAGAN P</i>	81
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	20	<i>alprazolam</i>	38
<i>ABELCET</i>	18	<i>alprazolam er</i>	38
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	46	<i>ALPRAZOLAM INTENSOL</i>	38
<i>abiraterone acetate</i>	26	<i>ALREX</i>	80
<i>ABRYSVO</i>	74	<i>altavera</i>	57
<i>acamprosate calcium dr</i>	52	<i>ALUNBRIG</i>	27
<i>acarbose</i>	54	<i>alyacen 1/35</i>	57
<i>accutane</i>	85	<i>alyacen 7/7/7</i>	57
<i>acebutolol hydrochloride</i>	35	<i>alyq</i>	38
<i>acetaminophen/codeine</i>	14	<i>amabelz</i>	62
<i>acetazolamide</i>	37	<i>amantadine hcl</i>	45
<i>acetazolamide er</i>	36	<i>ambrisentan</i>	38
<i>acetic acid</i>	70, 82	<i>amethia</i>	57
<i>acetylcysteine</i>	64, 84	<i>amethyst</i>	57
<i>acitretin</i>	87	<i>amikacin sulfate</i>	15
<i>ACTHIB</i>	74	<i>amiloride hcl</i>	37
<i>ACTIMMUNE</i>	74	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	37
<i>acyclovir</i>	21	<i>aminophylline</i>	84
<i>acyclovir sodium</i>	21	<i>amiodarone hcl</i>	33
<i>ADACEL</i>	74	<i>amiodarone hydrochloride</i>	33
<i>adc/fluoride</i>	77	<i>amitriptyline hcl</i>	43
<i>adefovir dipivoxil</i>	21	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	43
<i>ADEMPAS</i>	38	<i>amlodipine besylate</i>	31, 32, 36, 37
<i>ADVAIR DISKUS</i>	85	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	37
<i>ADVAIR HFA</i>	85	<i>amlodipine besylate/benzepril hydrochloride</i>	31
<i>afeditab cr</i>	35	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	32
<i>afirmelle</i>	57	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	32
<i>AIMOVIG</i>	50	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	32
<i>AKEEGA</i>	26	<i>ammonium lactate</i>	89
<i>ala-cort</i>	87	<i>amnesteem</i>	85
<i>albendazole</i>	15	<i>amoxapine</i>	43
<i>albuterol sulfate</i>	83	<i>amoxicillin</i>	24
<i>albuterol sulfate hfa</i>	83	<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	24
<i>alclometasone dipropionate</i>	87	<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	24
<i>ALECENSA</i>	27	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	48, 49
<i>alendronate sodium</i>	56	<i>amphetamine/dextroamphetamine er</i>	48
<i>alfuzosin hcl</i>	69	<i>amphotericin b</i>	18
<i>aliskiren</i>	37	<i>amphotericin b liposome</i>	18
<i>allopurinol</i>	12	<i>ampicillin</i>	24
<i>alosetron hydrochloride</i>	68	<i>ampicillin sodium</i>	24
		<i>ampicillin-sulbactam</i>	24

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>ampicillin/sulbactam</i>	24	<i>azelaic acid</i>	89
<i>anagrelide hydrochloride</i>	71	<i>azelastine hcl</i>	81, 83
<i>anastrozole</i>	26	<i>azelastine hydrochloride</i>	83
<i>ANORO ELLIPTA</i>	82	<i>azithromycin</i>	23
<i>aprepitant</i>	66	<i>AZITHROMYCIN</i>	23
<i>apri</i>	57	<i>aztreonam</i>	15
<i>APTIOM</i>	39		
<i>APTIVUS</i>	18		
<i>aranelle</i>	57		
<i>ARCALYST</i>	74		
<i>AREXVY</i>	74		
<i>ariPIPRAZOLE</i>	46		
<i>ariPIPRAZOLE odt</i>	46		
<i>ARISTADA</i>	46		
<i>ARISTADA INITIO</i>	46		
<i>armodafinil</i>	52		
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>	85		
<i>asenapine maleate sl</i>	46		
<i>ashlyna</i>	57		
<i>ASPARLAS</i>	27		
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	72		
<i>atazanavir sulfate</i>	19		
<i>atenolol</i>	35		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	35		
<i>atomoxetine</i>	49		
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	49		
<i>atorvastatin calcium</i>	34		
<i>atovaquone</i>	15, 18		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	18		
<i>ATROPINE SULFATE</i>	82		
<i>ATROVENT HFA</i>	82		
<i>AUBAGIO</i>	51		
<i>aubra</i>	57		
<i>aubra eq</i>	57		
<i>aurovela 1.5/30</i>	57		
<i>aurovela 24 fe</i>	57		
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	57		
<i>aurovela fe 1/20</i>	58		
<i>AUSTEDO</i>	51		
<i>AUSTEDO XR</i>	51		
<i>AUVELITY</i>	43		
<i>aviane</i>	58		
<i>AVONEX</i>	51		
<i>ayuna</i>	58		
<i>AYVAKIT</i>	27		
<i>azathioprine</i>	74		
<i>AZATHIOPRINE</i>	74		
		B	
		<i>bacitracin</i>	79
		<i>bacitracin/polymyxin b</i>	79
		<i>baclofen</i>	51
		<i>balsalazide disodium</i>	68
		<i>BALVERSA</i>	27
		<i>balziva</i>	58
		<i>BARACLUDE</i>	21
		<i>BASAGLAR KWIKPEN</i>	53
		<i>BCG VACCINE</i>	74
		<i>BD ALCOHOL SWABS</i>	53
		<i>BD INSULIN SYRINGE</i>	53
		<i>BD/NOVO PEN NEEDLE</i>	53
		<i>BELSOMRA</i>	50
		<i>benazepril hcl</i>	31, 32
		<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	31
		<i>benazepril hydrochloride</i>	31, 32
		<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	31
		<i>BENLYSTA</i>	74
		<i>benztropine mesylate</i>	45
		<i>BERINERT</i>	71
		<i>BESIVANCE</i>	79
		<i>BESREMI</i>	27
		<i>betaine anhydrous</i>	64
		<i>betamethasone dipropionate</i>	87
		<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	87
		<i>betamethasone valerate</i>	87
		<i>BETASERON</i>	51
		<i>betaxolol hcl</i>	35, 81
		<i>bethanechol chloride</i>	70
		<i>BETOPTIC-S</i>	81
		<i>BEVESPI AEROSPHERE</i>	82
		<i>bexarotene</i>	27, 89
		<i>BEXSERO</i>	75
		<i>bicalutamide</i>	26
		<i>BICILLIN L-A</i>	24
		<i>BIDIL</i>	37
		<i>BIKTARVY</i>	20
		<i>bisoprolol fumarate</i>	35
		<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BIVIGAM	73	<i>calcium acetate</i>	65
BLEPHAMIDE S.O.P.	79	CALQUENCE	28
<i>blisovi 24 fe</i>	58	<i>camila</i>	58
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	58	CAMRESE	58
<i>blisovi fe 1/20</i>	58	CAMRESE LO	58
BOOSTRIX.....	75	<i>candesartan cilexetil</i>	33
<i>bosentan</i>	38	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	32, 33
BOSULIF	27	CAPLYTA	46
BRAFTOVI.....	28	CAPRELSA	28
BREO.....	85	<i>captopril</i>	32
BREZTRI AEROSPHERE	82	<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	32
<i>briellyn</i>	58	<i>carbamazepine</i>	39
BRILINTA	72	<i>carbamazepine er</i>	39
<i>brimonidine tartrate</i>	81	<i>carbidopa</i>	45
BRIMONIDINE TARTRATE	81	<i>carbidopa/levodopa</i>	45
<i>brinzolamide</i>	81	CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	45
BRIVIACT	39	<i>carbidopa/levodopa er</i>	45
<i>bromfenac</i>	80	<i>carbidopa/levodopa odt</i>	45
<i>bromocriptine mesylate</i>	45	<i>carbinoxamine maleate</i>	83
BROMSITE	80	CARBINOXAMINE MALEATE	83
BRUKINSA	28	<i>carglumic acid</i>	64
<i>budesonide</i>	68, 85	<i>carteolol hcl</i>	81
<i>budesonide er</i>	68	<i>cartia xt</i>	36
<i>bumetanide</i>	37	<i>carvedilol</i>	35
<i>buprenorphine</i>	13	<i>carvedilol phosphate er</i>	35
<i>buprenorphine hcl</i>	52	<i>caspofungin acetate</i>	18
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	52	CAYSTON	15
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	52	<i>caziant</i>	58
<i>bupropion hcl</i>	43	<i>cefaclor</i>	22
<i>bupropion hydrochloride er</i>	52	CEFACLOR ER	22
<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	43	<i>cefadroxil</i>	22
<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	43	<i>cefazolin</i>	22
<i>buspirone hcl</i>	39	CEFAZOLIN	22
<i>buspirone hydrochloride</i>	39	<i>cefazolin sodium</i>	22
<i>butorphanol tartrate</i>	14	CEFAZOLIN SODIUM	22
BYDUREON BCISE	54	<i>cefdinir</i>	22
BYETTA	54	<i>cefepime</i>	22
C		<i>cefepime hydrochloride</i>	22
<i>cabergoline</i>	64	<i>cefixime</i>	22
CABOMETYX	28	<i>cefotetan</i>	22
<i>calcipotriene</i>	87	<i>cefoxitin sodium</i>	22
<i>calcitonin-salmon</i>	56	<i>cefpodoxime proxetil</i>	22
<i>calcitrene</i>	87	<i>cefprozil</i>	22
<i>calcitriol</i>	66	<i>ceftazidime</i>	23
CALCITRIOL	87	CEFTAZIDIME/DEXTROSE	23
		<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	23
		<i>ceftriaxone sodium</i>	23

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CEFTRIAXONE SODIUM	23	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	16
<i>cefuroxime axetil</i>	23	<i>clindamycin phosphate</i>	16, 70, 85
<i>cefuroxime sodium</i>	23	<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	16
<i>celecoxib</i>	12	CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	16
CELONTIN.....	39	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	78
<i>cephalexin</i>	23	CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	78
CERDELGA	64	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	78
<i>cetirizine hydrochloride</i>	83	CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	78
<i>cevimeline hydrochloride</i>	90	CLINIMIX 6/5	78
<i>charlotte 24 fe</i>	58	CLINIMIX 8/10	78
<i>chateal</i>	58	CLINIMIX 8/14	78
<i>chateal eq</i>	58	<i>clinisol sf 15%</i>	78
CHEMET	57	CLINOLIPID	78
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	15	<i>clinpro 5000</i>	90
<i>chlordiazepoxide hcl</i>	39	<i>clobazam</i>	39
<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	39	<i>clobetasol propionate</i>	87
<i>chlorhexidine gluconate</i>	90	<i>clobetasol propionate e</i>	87
<i>chloroquine phosphate</i>	18	<i>clobetasol propionate emollient</i>	87
<i>chlorpromazine hcl</i>	46	<i>clodan</i>	87
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	46	<i>clomipramine hydrochloride</i>	43
<i>chlorthalidone</i>	37	<i>clonazepam</i>	39
<i>chlorzoxazone</i>	51	<i>clonazepam odt</i>	39
<i>cholestyramine</i>	34	<i>clonidine hcl</i>	37
<i>cholestyramine light</i>	34	<i>clonidine hydrochloride</i>	37
<i>ciclopirox</i>	86	<i>clopidogrel</i>	72
<i>ciclopirox olamine</i>	86	<i>clorazepate dipotassium</i>	39
<i>cilstazol</i>	72	<i>clotrimazole</i>	86
CILOXAN.....	79	<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	86
CIMDUO	20	<i>clotrimazole troc</i>	90
<i>cimetidine</i>	67	<i>clozapine</i>	46
<i>cimetidine hcl</i>	67	<i>clozapine odt</i>	46
<i>cinacalcet hydrochloride</i>	64	CLOZAPINE ODT	46
CIPROFLOXACIN.....	82	COARTEM	18
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	82	CODEINE SULFATE	14
<i>ciprofloxacin hcl</i>	23	<i>colchicine</i>	12
<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	23, 79	<i>colesevelam hydrochloride</i>	34
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	24	<i>colestipol hcl</i>	34
CIPRO HC	82	<i>colistimethate sodium</i>	16
<i>citalopram hydrobromide</i>	43	COMBIGAN	81
<i>claravis</i>	85	COMBIVENT RESPIMAT	82
<i>clarithromycin</i>	23	COMETRIQ	28
<i>clarithromycin er</i>	23	COMPLERA	20
<i>clemastine fumarate</i>	83	<i>compro</i>	66
CLENPIQ.....	68	<i>constulose</i>	68
<i>clindacin</i>	85	COPAXONE	51
<i>clindamycin hcl</i>	15	COPIKTRA	28
<i>clindamycin hydrochloride</i>	16	CORLANOR	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
COTELLIC	28	desonide	87
CREON	69	desoximetasone	87
cromolyn sodium	68, 81, 84	desrx	88
cryselle-28	58	desvenlafaxine er	43
CURITY GAUZE PADS 2	53	DESVENLAFAXINE ER	43
cyclobenzaprine hydrochloride	52	dexamethasone	63
cyclophosphamide	25	DEXAMETHASONE INTENSOL	63
CYCLOPHOSPHAMIDE	25	dexamethasone sodium phosphate	63, 80
cycloserine	21	dexlansoprazole	69
cyclosporine	74	dexamethylphenidate hcl	49
cyclosporine modified	74	dexamethylphenidate hcl er	49
cyproheptadine hcl	83	dexamethylphenidate hydrochloride	49
cyred	58	dexamethylphenidate hydrochloride er	49
cyred eq	58	dextroamphetamine sulfate	49
CYSTAGON	64	dextroamphetamine sulfate er	49
CYSTARAN	82	DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	76
D		dextrose 5%	76, 78
<i>dabigatran etexilate</i>	70	DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48	
<i>dalfampridine er</i>	51	VIAFLEX	76
DALIRESP	84	DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS	76
<i>danazol</i>	62	DEXTROSE 5%/NACL 0.2%	76
<i>dantrolene sodium</i>	52	<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	76
<i>dapsone</i>	16, 85	DEXTROSE 5%/NACL 0.9%	76
DAPTACEL	75	DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	76
<i>daptomycin</i>	16	DEXTROSE 5%/NACL 0.45%	76
DAPTOMYCIN	16	DEXTROSE 5%/NACL 0.225%	76
<i>darunavir</i>	19	<i>dextrose 10%</i>	76, 78
<i>dasetta 1/35</i>	58	DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	76
<i>dasetta 7/7/7</i>	58	DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	76
DAURISMO	28	DEXTROSE 50%	78
<i>daysee</i>	58	DEXTROSE 70%	79
DAYVIGO	50	DIACOMIT	39
<i>deblitane</i>	58	<i>diazepam</i>	40
<i>deferasirox</i>	57	DIAZEPAM RECTAL GEL	40
DELESTROGEN	62	<i>diazoxide</i>	64
DELSTRIGO	20	<i>diclofenac potassium</i>	12
<i>delyla</i>	58	<i>diclofenac sodium</i>	80, 89
DENGVAXIA	75	<i>diclofenac sodium dr</i>	12
<i>dentagel</i>	90	<i>diclofenac sodium er</i>	12
<i>depo-testosterone</i>	53	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	12
DESCOVY	20	<i>dicloxacillin sodium</i>	25
<i>desipramine hydrochloride</i>	43	<i>dicyclomine hcl</i>	67
<i>desloratadine</i>	83	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	67
<i>desloratadine odt</i>	83	DIFICID	23
<i>desmopressin acetate</i>	64	<i>diflorasone diacetate</i>	88
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	58	<i>diflunisal</i>	12
		<i>difluprednate</i>	80

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
digitek.....	37	dronabinol.....	66
digox.....	37	drospirenone/ethinyl estradiol	58
digoxin.....	37	drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate	
dihydroergotamine mesylate	50	calcium	58
DILANTIN	40	DROXIA	72
DILANTIN-125	40	droxidopa	37
DILANTIN INFATABS	40	DUAVEE	62
diltiazem hcl	36	duloxetine hcl	43
DILTIAZEM HCL	36	duloxetine hydrochloride	43
diltiazem hcl cd	36	DUPIXENT.....	72
diltiazem hcl er	36	DUREZOL.....	80
diltiazem hcl inj.....	36	dutasteride.....	69
diltiazem hydrochloride	36	dutasteride/tamsulosin hydrochloride.....	69
dilt-xr.....	36	E	
DIMENHYDRINATE	66	ec-naproxen.....	12
diphenhydramine hcl.....	83	econazole nitrate	86
diphenoxylate/atropine.....	69	EDARBI.....	33
diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate	68	EDARBYCLOR	33
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS		EDURANT	19
ADSORBED PEDIATRIC.....	75	efavirenz	19, 20
dipyridamole	72	efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil	
disopyramide phosphate	33	fumarate	20
disulfiram	52	efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil	
divalproex sodium	40	fumarate	20
divalproex sodium dr	40	effer-k	77
divalproex sodium er	40	eletriptan hydrobromide	50
dofetilide	33	ELIGARD	26
dolishale	58	elinest	58
donepezil hcl	42	ELIQUIS	70
donepezil hydrochloride	42	ELIQUIS STARTER PACK	70
DOPTELET	72	ELMIRON	70
dorzolamide hcl/timolol maleate.....	81	eluryng	58
dorzolamide hydrochloride	81	EMCYT	26
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate	81	EMEND	66
dotti	62	emoquette	58
DOVATO.....	20	EMSAM	43
doxazosin mesylate.....	32	emtricitabine	19, 20
doxepin hcl	43	emtricitabine/tenofovir disoproxil	20
doxepin hydrochloride	43, 50	emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate	20
DOXEPIH HYDROCHLORIDE.....	89	EMTRIVA	19
doxercalciferol	66	EMVERM	16
doxy 100	25	enalapril maleate	32
doxycycline.....	25	enalapril maleate/hydrochlorothiazide	32
DOXYCYCLINE.....	89	ENBREL	72
doxycycline hyclate	25	ENBREL MINI.....	72
doxycycline monohydrate	25	ENBREL SURECLICK	72
DRIZALMA.....	43		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>endocet</i>	14	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	59
ENGERIX-B	75	<i>etodolac</i>	12
<i>enilloring</i>	58	<i>etodolac er</i>	12
<i>exoxaparin sodium</i>	70, 71	<i>etravirine</i>	19
<i>enpresse-28</i>	58	<i>euthyrox</i>	65
<i>enskyce</i>	58	<i>everolimus</i>	28, 74
ENSTILAR	88	EVOTAZ	20
<i>entacapone</i>	45	<i>exemestane</i>	26
<i>entecavir</i>	21	EXKIVITY	28
ENTRESTO	33	EYSUVIS	80
<i>enulose</i>	68	<i>ezetimibe</i>	34
EPCLUSA	21	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	34
EPIDIOLEX	40		
<i>epinastine hcl</i>	81		
<i>epinephrine</i>	84		
<i>epitol</i>	40		
EPIVIR HBV	21		
<i>eplerenone</i>	32		
<i>epoprostenol sodium</i>	38		
EPRONTIA	40		
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	50		
ERIVEDGE	28		
ERLEADA	26		
<i>erlotinib hydrochloride</i>	28		
<i>errin</i>	58		
ERTACZO	86		
<i>ertapenem</i>	16		
<i>ery</i>	85		
<i>erythrocin stearate</i>	23		
<i>erythromycin</i>	23, 79, 85		
<i>erythromycin base</i>	23		
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	85		
<i>erythromycin dr</i>	23		
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	23		
<i>erythromycin lactobionate</i>	23		
ESBRIET	84		
<i>escitalopram oxalate</i>	44		
<i>esomeprazole magnesium</i>	69		
<i>esomeprazole sodium</i>	69		
<i>estarrylla</i>	58		
<i>estradiol</i>	63		
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	63		
<i>estradiol valerate</i>	62		
ESTRING	63		
<i>ethambutol hydrochloride</i>	21		
<i>ethosuximide</i>	40		
<i>ethosuximide soln</i>	40		
		F	
		<i>falmina</i>	59
		<i>famciclovir</i>	21
		<i>famotidine</i>	67
		<i>famotidine premixed</i>	67
		FANAPT	46
		FANAPT TITRATION PACK	46
		FARXIGA	54
		FARYDAK	28
		FASENRA	84
		FASENRA PEN	84
		<i>fayosim</i>	59
		<i>febuxostat</i>	12
		<i>felbamate</i>	40
		<i>felodipine er</i>	36
		<i>femynor</i>	59
		<i>fenofibrate</i>	34
		<i>fenofibric acid dr</i>	34
		<i>fenoprofen calcium</i>	13
		FENOPROFEN CALCIUM	13
		<i>fentanyl</i>	13
		<i>fentanyl citrate</i>	14
		<i>fesoterodine fumarate er</i>	70
		FETZIMA	44
		FETZIMA TITRATION PACK	44
		FIASP	53
		FIASP FLEXTOUCH	53
		FIASP PENFILL	53
		FINACEA	89
		<i>finasteride</i>	69
		<i> fingolimod</i>	51
		FINTEPLA	40
		<i>finzala</i>	59
		<i>flac otic oil</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
FLAREX	80	FOTIVDA	28
FLEBOGAMMA DIF	73	FRAGMIN	71
<i>flecainide acetate</i>	33	FRANGMIN	71
FLOVENT DISKUS	85	FREAMINE III	79
FLOVENT HFA	85	<i>furosemide</i>	37
<i>fluconazole</i>	18	FUZEON	19
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	18	<i>fyavolv</i>	63
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	18	FYCOMPA	40
<i>flucytosine</i>	18	G	
<i>fludrocortisone acetate</i>	63	<i>gabapentin</i>	40
<i>flunisolide</i>	84	<i>galantamine hydrobromide</i>	42
<i>fluocinolone acetonide</i>	88	<i>galantamine hydrobromide er</i>	42
<i>fluocinolone acetonide body</i>	88	GAMASTAN	73
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	82	GAMMAGARD LIQUID	73
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	88	GAMMAGARD S/D	73
<i>fluocinonide</i>	88	GAMMAKED	73
<i>fluocinonide emulsified base</i>	88	GAMMAPLEX	73
<i>fluoride</i>	77	GAMUNEX-C	73
<i>fluoridex</i>	90	<i>ganciclovir</i>	21
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	90	GARDASIL 9	75
<i>fluorimax 5000</i>	90	<i>gatifloxacin</i>	79
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	90	GATTEX	69
FLUOROMETHOLONE	80	<i>gavilyte-c</i>	68
FLUOROPLEX	89	<i>gavilyte-g</i>	68
<i>fluorouracil</i>	89	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	68
FLUOROURACIL CREA 0.5%	89	GAVRETO	28
<i>fluoxetine dr</i>	44	<i>gefitinib</i>	28
<i>fluoxetine hcl</i>	44	<i>gemfibrozil</i>	34
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	44	GEMTESA	70
<i>fluphenazine decanoate</i>	46	<i>generlac</i>	68
<i>fluphenazine hcl</i>	46	<i>genograf</i>	74
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	46	GENOTROPIN	64
<i>flurbiprofen</i>	13	GENOTROPIN MINIQUICK	64
<i>flurbiprofen sodium</i>	80	<i>gentamicin sulfate</i>	16, 79, 86
<i>flutamide</i>	26	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	16
<i>fluticasone propionate</i>	85, 88	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	16
<i>fluvastatin</i>	34	GENVOYA	20
<i>fluvastatin sodium er</i>	34	GIANVI	59
<i>fluvoxamine maleate</i>	39	GILENYA	51
<i>fluvoxamine maleate er</i>	39	GIOTRIF	28
<i>fomepizole</i>	64	GLEOSTINE	26
<i>fondaparinux sodium</i>	71	<i>glimepiride</i>	54
FORTEO	56	<i>glipizide</i>	55
<i>fosamprenavir calcium</i>	19	<i>glipizide er</i>	54
<i>fosinopril sodium</i>	32	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	55
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	32	<i>glipizide xl</i>	55
<i>fosphenytoin sodium</i>	40		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º		
<i>glycopyrrrolate</i>	67	<i>hydrochlorothiazide</i>	37		
GLYXAMBI	55	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	14		
GOLYTELY	68	<i>hydrocodone bitartrate</i>	13		
<i>granisetron hcl</i>	66	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	14		
<i>griseofulvin microsize</i>	18	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	14		
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	18	<i>hydrocortisone</i>	63, 68, 88		
<i>guanfacine er</i>	49	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	82		
<i>guanfacine hydrochloride</i>	37, 49	<i>hydrocortisone butyrate</i>	88		
GVOKE HYOPEN	64	<i>hydrocortisone perianal</i>	89		
GVOKE KIT	64	<i>hydrocortisone valerate</i>	88		
GVOKE PFS	64	<i>hydromorphone hcl</i>	14		
H					
HAEGARDA	72	HYDROMORPHONE HCL	14		
<i>hailey 1.5/30</i>	59	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	14		
<i>hailey 24 fe</i>	59	HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	14		
<i>hailey fe 1.5/30</i>	59	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	73		
<i>hailey fe 1/20</i>	59	<i>hydroxyurea</i>	27		
<i>halobetasol propionate</i>	88	<i>hydroxyzine hcl</i>	83		
<i>haloette</i>	59	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	83		
<i>haloperidol</i>	47	<i>hydroxyzine pamoate</i>	83		
<i>haloperidol decanoate</i>	47	HYSINGLA ER	13		
<i>haloperidol lactate</i>	47	I			
HARVONI	21	<i>ibandronate sodium</i>	56		
HAVRIX	75	IBRANCE	28		
<i>heather</i>	59	<i>ibu</i>	13		
<i>heparin sodium</i>	71	<i>ibuprofen</i>	13		
HEPARIN SODIUM	71	<i>icatibant acetate</i>	72		
HEPARIN SODIUM/D5W	71	<i>iclevia</i>	59		
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE	71	ICLUSIG	28		
HEPARIN SODIUM/NAACL 0.45%	71	IDHIFA	28		
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE	71	ILEVRO	80		
HEPATAMINE	79	<i>imatinib mesylate</i>	28		
HEPLISAV	75	IMBRUVICA	28		
HETLIOZ	50	<i>imipenem/cilastatin</i>	16		
HETLIOZ LQ ORAL SUSP	50	<i>imipramine hcl</i>	44		
HIBERIX	75	<i>imipramine hydrochloride</i>	44		
HUMIRA	73	<i>imiquimod</i>	89		
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	72	IMIQUIMOD PUMP	89		
HUMIRA PEN	72, 73	IMOVAZ RABIES (H.D.C.V.)	75		
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	72	INBRIJA	45		
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	53	<i>incassia</i>	59		
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	53	INCRELEX	64		
<i>hydralazine hcl</i>	37	INCRUSE ELLIPTA	82		
<i>hydralazine hydrochloride</i>	37	<i>indapamide</i>	37		
		INFANRIX	75		
		INLYTA	29		
		INQOVI	26		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INREBIC.....	29	JENTADUETO XR.....	55
INTELENCE.....	19	jinteli	63
INTRON A.....	74	JOLESSA.....	59
<i>introvale</i>	59	juleber	59
INVEGA HAFYERA.....	47	JULUCA	20
INVEGA SUSTENNA.....	47	junel 1.5/30	59
INVEGA TRINZA.....	47	junel 1/20	59
INVIRASE.....	19	junel fe 1.5/30.....	59
IPOP INACTIVATED IPV	75	junel fe 1/20.....	59
<i>ipratropium bromide</i>	83	junel fe 24.....	59
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	82	just right 5000.....	90
<i>ipratropium bromide nasal</i>	83	JYNNEOS.....	75
<i>irbesartan</i>	33	K	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	33	<i>kaitlib fe</i>	59
IRESSA.....	29	<i>kalliga</i>	59
ISENTRESS.....	19	KALYDECO	84
ISENTRESS HD.....	19	<i>kariva</i>	59
<i>isibloom</i>	59	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	76
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	76	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%	76
ISOLYTE-S.....	76	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	76
ISOLYTE-S PH 7.4.....	76	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%	76
<i>isoniazid</i>	21	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%	76
ISOPTO ATROPINE	82	KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%	76
<i>isosorbide dinitrate</i>	38	<i>kelnor 1/35</i>	59
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	38	<i>kelnor 1/50</i>	59
<i>isosorbide mononitrate</i>	38	KERENDIA	32
<i>isosorbide mononitrate er</i>	38	KESIMPTA	51
<i>isotonic gentamicin</i>	16	<i>ketoconazole</i>	18, 86, 87
<i>isotretinooin</i>	86	<i>ketodan</i>	86
<i>isradipine</i>	36	<i>ketoprofen er</i>	13
<i>itraconazole</i>	18	<i>ketorolac tromethamine</i>	13, 80
<i>ivermectin</i>	16	KEVZARA.....	73
IXIARO.....	75	KINRIX.....	75
J		KISQALI.....	27, 29
<i>jaimiess</i>	59	KISQALI FEMARA 200 DOSE.....	27
JAKAFI.....	29	KISQALI FEMARA 400 DOSE.....	27
<i>jantoven</i>	71	KISQALI FEMARA 600 DOSE.....	27
JANUMET.....	55	<i>klor-con</i>	77
JANUMET XR	55	<i>klor-con 8</i>	77
JANUVIA	55	<i>klor-con 10</i>	77
JARDIANC	55	<i>klor-con/ef</i>	77
<i>jasmiel</i>	59	<i>klor-con m10</i>	77
<i>javygtor</i>	64	<i>klor-con m15</i>	77
JAYPIRCA.....	29	<i>klor-con m20</i>	77
<i>jencycla</i>	59	KORLYM.....	64
JENTADUETO	55	<i>kourzeq</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KRAZATI	29	levalbuterol hcl	83
KRISTALOSE	68	levalbuterol hydrochloride	83
kurvelo.....	59	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	83
L		LEVEMIR.....	53
<i>labetalol hydrochloride</i>	35	LEVEMIR FLEXPEN	53
<i>lacosamide</i>	40	LEVEMIR FLEXTOUCH	53
<i>lactated ringers</i>	76	<i>levetiracetam</i>	41
<i>lactulose</i>	68	<i>levetiracetam er</i>	41
<i>lamivudine</i>	19, 21	<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	41
<i>lamivudine/zidovudine</i>	20	<i>levobunolol hcl</i>	81
<i>lamotrigine</i>	41	<i>levocarnitine</i>	65
<i>lamotrigine er</i>	40	LEVOCARNITINE	65
<i>lamotrigine odt</i>	41	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	83
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	41	<i>levofloxacin</i>	24, 79
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	41	<i>levofloxacin in d5w</i>	24
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	41	<i>levonest</i>	60
<i>lansoprazole</i>	69	<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	60
<i>lanthanum carbonate</i>	65	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	60
LANTUS.....	53	<i>levora</i>	60
LANTUS SOLOSTAR	53	LEVO-T	65
<i>lapatinib ditosylate</i>	29	<i>levothyroxine sodium</i>	65
<i>larin 1.5/30</i>	59	LEVOHYROXINE SODIUM.....	66
<i>larin 1/20</i>	59	LEVOXYL.....	66
<i>larin 24 fe</i>	59	LEXIVA	19
<i>larin fe 1.5/30</i>	59	<i>lidocaine</i>	89
<i>larin fe 1/20</i>	60	<i>lidocaine hcl</i>	15, 34
<i>larissia</i>	60	LIDOCAINE HCL	34
LASTACAFT.....	81	LIDOCAINE HCL IN D5W	34
<i>latanoprost</i>	81	<i>lidocaine hydrochloride</i>	15, 90
LATUDA.....	47	<i>lidocaine/prilocaine</i>	89
LEENA.....	60	<i>lidocaine viscous</i>	90
<i>leflunomide</i>	73	<i>lillow</i>	60
<i>lenalidomide</i>	27	<i>linezolid</i>	16
LENVIMA	29	LINEZOLID	16
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	29	LINZESS	69
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	29	<i>liothyronine sodium</i>	66
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE.....	29	<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	49
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE.....	29	<i>lisinopril</i>	32
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	29	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	32
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE.....	29	LITHIUM	51
<i>lessina</i>	60	<i>lithium carbonate</i>	51
<i>letrozole</i>	26	<i>lithium carbonate er</i>	51
<i>leucovorin calcium</i>	31	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	60
LEUKERAN	26	<i>loestrin 1/20-21</i>	60
<i>leuprolide acetate</i>	26	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	60
<i>levalbuterol</i>	83	<i>loestrin fe 1/20</i>	60
		<i>lojaimiess</i>	60

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LOKELMA	57	<i>mefloquine hcl</i>	18
LONSURF	26	<i>megestrol acetate</i>	26, 65
<i>loperamide hcl</i>	69	MEKINIST	29
<i>lopinavir/ritonavir</i>	20	MEKTOVI	29
<i>lorazepam</i>	39	<i>meloxicam</i>	13
<i>lorazepam intensol</i>	39	<i>memantine hcl</i>	42
LORBRENA	29	<i>memantine hydrochloride</i>	42
<i>loryna</i>	60	<i>memantine hydrochloride er</i>	42
<i>losartan potassium</i>	33	MENACTRA	75
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	33	MENQUADFI	75
LOTEMAX	80	MENVEO	75
LOTEMAX SM	80	<i>mercaptopurine</i>	26
<i>loteprednol etabonate</i>	80	<i>meropenem</i>	16
<i>lovastatin</i>	34	<i>mesalamine</i>	68
<i>low-ogestrel</i>	60	<i>mesalamine dr</i>	68
<i>loxapine</i>	47	MESNEX	31
<i>lo-zumandimine</i>	60	<i>metformin hydrochloride</i>	55
LUMAKRAS	29	<i>metformin hydrochloride er</i>	55
LUMIGAN	81	<i>methadone hcl</i>	13
LUPRON	65	METHADONE HCL INJ	13
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	26	<i>methazolamide</i>	37
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	26	<i>methenamine hippurate</i>	16
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	65	<i>methenamine mandelate</i>	16
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	65	<i>methergine</i>	65
<i>lurasidone hydrochloride</i>	47	<i>methimazole</i>	66
<i>lutera</i>	60	<i>methotrexate</i>	26, 73
<i>lyeq</i>	60	<i>methotrexate sodium</i>	26, 73
<i>lyllana</i>	63	<i>methoxsalen</i>	87
LYNPARZA	29	<i>methscopolamine bromide</i>	67
LYSODREN	26	<i>methsuximide</i>	41
LYTGOBI	29	<i>methylergonovine maleate</i>	65
<i>lyza</i>	60	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	49, 50
M		<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	49
<i>mafenide acetate</i>	86	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	49, 50
<i>magnesium sulfate</i>	76	METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE	
MAGNESIUM SULFATE	76	ER	49
<i>malathion</i>	90	<i>methylprednisolone</i>	63
<i>maraviroc</i>	19	<i>methylprednisolone acetate</i>	63
<i>marlissa</i>	60	<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	63
MARPLAN	44	<i>metoclopramide</i>	66
MATULANE	27	<i>metoclopramide hcl</i>	66
<i>matzim la</i>	36	<i>metoclopramide hydrochloride</i>	66
MAVYRET	21	<i>metoclopramide odt</i>	66
<i>meclizine hcl</i>	66	METOCLOPRAMIDE ODT	66
<i>meclizine hydrochloride</i>	66	<i>metolazone</i>	37
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	60, 65	<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	35
		<i>metoprolol succinate er</i>	35

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metoprolol tartrate</i>	35	<i>mycophenolate mofetil</i>	74
<i>metronidazole</i>	16, 89	<i>mycophenolic acid dr.</i>	74
<i>metronidazole vaginal</i>	70	MYRBETRIQ	70
<i>metyrosine</i>	38	N	
<i>mibetas 24 fe</i>	60	<i>nabumetone</i>	13
<i>micafungin</i>	18	<i>adolol</i>	35
<i>miconazole 3</i>	70	<i>nafcillin sodium</i>	25
MICROGESTIN 1.5/30	60	<i>naftifine hcl</i>	86
MICROGESTIN 1/20	60	<i>naloxone hcl</i>	52
<i>microgestin 24 fe</i>	60	<i>naloxone hydrochloride</i>	52
MICROGESTIN FE 1.5/30	60	<i>naltrexone hcl</i>	52
MICROGESTIN FE 1/20	60	NAMZARIC	43
<i>midodrine hcl</i>	38	<i>naproxen</i>	13
<i>miglitol</i>	55	<i>naproxen dr</i>	13
<i>mil</i>	60	<i>naproxen sodium</i>	13
<i>mimvey</i>	63	<i>naratriptan hcl</i>	50
<i>minocycline hcl</i>	25	NATACYN	80
<i>minoxidil</i>	38	<i>nateglinide</i>	55
<i>mirtazapine</i>	44	NATPARA	56
<i>mirtazapine odt</i>	44	NAYZILAM	41
<i>misoprostol</i>	69	<i>nebivolol hydrochloride</i>	35
MITIGARE	12	<i>necon 0.5/35-28</i>	60
M-M-R II	75	<i>nefazodone hydrochloride</i>	44
M-NATAL PLUS	77	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	80
<i>modafinil</i>	52	<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	79
<i>moexipril hcl</i>	32	<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	79
<i>molindone hydrochloride</i>	47	<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	80
<i>mometasone furoate</i>	85, 88	<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	82
<i>monodoxine nl</i>	25	<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	79, 82
<i>mono-linyah</i>	60	<i>neomycin sulfate</i>	16
<i>montelukast sodium</i>	84	NEONATAL PLUS	78
<i>morphine sulfate</i>	14, 15	<i>neo-polycin</i>	79, 80
MORPHINE SULFATE	15	<i>neo-polycin hc</i>	79
<i>morphine sulfate er</i>	13, 14	NERLYNX	29
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	14	NEUPRO	45
MOVANTIK	69	<i>nevirapine</i>	19
<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	24, 80	NEXAVAR	29
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	24	<i>niacin</i>	35
MULTAQ	34	<i>niacin er</i>	35
<i>multiple electrolytes</i>	76	<i>niacor</i>	35
<i>multi vitamin/fluoride</i>	77	<i>nicardipine hcl</i>	36
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	78	NICOTROL	52
<i>multivitamin/fluoride</i>	78	NICOTROL INHALER	52
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	78	<i>nifedipine er</i>	36
<i>mupirocin</i>	86	<i>nikki</i>	60
<i>mycamine</i>	18	<i>nilutamide</i>	26

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NINLARO.....	29	NULOJIX.....	74
<i>nisoldipine er</i>	36	NULYTELY	68
<i>nitazoxanide</i>	16	NUPLAZID.....	47
<i>nitisinone</i>	65	NURTEC.....	50
NITRO-BID	38	NUTRILIPID	79
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	17	NUZYRA	25
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrys</i>	17	<i>nyamyc</i>	86
NITROGLYCERIN INJ.....	38	<i>nylia 1/35</i>	61
<i>nitroglycerin lingual spray</i>	38	<i>nylia 7/7/7</i>	61
<i>nitroglycerin subl</i>	38	<i>nymyo</i>	61
<i>nitroglycerin transdermal</i>	38	<i>nystatin</i>	18, 86, 90
NIVA-PLUS	78	<i>nystop</i>	86
<i>nizatidine</i>	67	O	
NORA-BE	60	OCELLA.....	61
<i>norethindrone</i>	60	OCTAGAM.....	74
<i>norethindrone acetate</i>	65	<i>octreotide acetate</i>	65
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	61, 63	ODEFSEY.....	20
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	61	ODOMZO	29
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate</i>	60	OFEV	84
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	61	<i>ofloxacin</i>	80, 82
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	61	OJJAARA	29
NORITATE	89	<i>olanzapine</i>	47
<i>norlyda</i>	61	<i>olanzapine odt</i>	47
<i>norlyroc</i>	61	<i>olmesartan medoxomil</i>	33
NORPACE CR.....	34	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	33
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	61	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	33
<i>nortrel 1/35</i>	61	<i>olopatadine hcl</i>	81, 83
<i>nortrel 7/7/7</i>	61	<i>olopatadine hydrochloride</i>	81
<i>nortriptyline hcl</i>	44	<i>omeprazole</i>	69
<i>nortriptyline hydrochloride</i>	44	ONCASPAR.....	27
NORVIR.....	19	<i>ondansetron hcl</i>	66
NOVOLIN 70/30	54	<i>ondansetron hydrochloride</i>	67
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	54	<i>ondansetron odt</i>	67
NOVOLIN N	54	ONUREG	26
NOVOLIN N FLEXPEN	54	OPSUMIT	38
NOVOLIN R.....	54	ORACEA	89
NOVOLIN R FLEXPEN	54	<i>oralone dental paste</i>	90
NOVOLOG	54	ORGOVYX	26
NOVOLOG FLEXPEN	54	ORKAMBI	84
NOVOLOG MIX 70/30	54	ORSERDU	26
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	54	<i>orsythia</i>	61
NOVOLOG PENFILL	54	<i>oseltamivir phosphate</i>	22
NOXAFL	18	OTEZLA	73
NUBEQA.....	26	OTEZLA STARTER PACK	73
NUEDEXTA	51	<i>oxacillin sodium</i>	25

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>oxandrolone</i>	53	<i>PERSERIS</i>	47
<i>oxaprozin</i>	13	<i>phenelzine sulfate</i>	44
<i>oxazepam</i>	39	<i>phenobarbital</i>	41
<i>oxcarbazepine</i>	41	<i>phenobarbital sodium</i>	41
<i>oxybutynin chloride</i>	70	<i>PHENYTEK</i>	41
<i>oxybutynin chloride er</i>	70	<i>phenytoin</i>	41
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	15	<i>phenytoin sodium</i>	41
<i>oxycodone hcl</i>	15	<i>phenytoin sodium extended</i>	41
<i>oxycodone hydrochloride</i>	15	<i>philith</i>	61
<i>OZEMPIC</i>	55	<i>PHOSPHOLINE IODIDE</i>	81
P			
<i>pacerone</i>	34	<i>PIFELTRO</i>	19
<i>paliperidone er</i>	47	<i>pilocarpine hcl</i>	81
<i>pamidronate disodium</i>	56	<i>pilocarpine hydrochloride</i>	90
<i>PAMIDRONATE DISODIUM</i>	56	<i>pimozide</i>	47
<i>PANRETIN</i>	89	<i>pimtrea</i>	61
<i>pantoprazole sodium</i>	69	<i>pindolol</i>	35
<i>PANZYGA</i>	74	<i>pioglitazone hcl</i>	55
<i>paricalcitol</i>	66	<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	55
<i>paroex</i>	90	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	56
<i>paromomycin sulfate</i>	17	<i>pioglitazone hydrochloride</i>	56
<i>paroxetine hcl</i>	44	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	25
<i>paroxetine hcl er</i>	44	<i>PIQRAY</i>	30
<i>paroxetine hydrochloride</i>	44	<i>pirfenidone</i>	84
<i>PASER</i>	21	<i>pirmella 1/35</i>	61
<i>PEDIARIX</i>	75	<i>pirmella 7/7/7</i>	61
<i>PEDVAX HIB</i>	75	<i>piroxicam</i>	13
<i>peg-3350/electrolytes</i>	68	<i>PLASMA-LYTE-148</i>	76
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	68	<i>PLASMA-LYTE A</i>	76
<i>PEGASYS</i>	22	<i>plenamine</i>	79
<i>PEMAZYRE</i>	29	<i>PLENVU</i>	68
<i>penicillamine</i>	57	<i>PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN</i>	78
<i>penicillin g potassium</i>	25	<i>podofilox</i>	89
<i>PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-</i>		<i>polycin</i>	80
<i> OSMOTIC DEXTROSE</i>	25	<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	80
<i>PENICILLIN G PROCAINE</i>	25	<i>poly-vitamin/fluoride</i>	78
<i>penicillin g sodium</i>	25	<i>POMALYST</i>	27
<i>penicillin v potassium</i>	25	<i>portia-28</i>	61
<i>PENTACEL</i>	75	<i>posaconazole</i>	18
<i>pentamidine isethionate</i>	17	<i>posaconazole dr</i>	18
<i>pentoxifylline er</i>	72	<i>potassium chloride</i>	77, 78
<i>perindopril erbumine</i>	32	<i>POTASSIUM CHLORIDE</i>	77
<i>periogard</i>	90	<i>POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE</i>	77
<i>permethrin</i>	90	<i>POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/</i>	
<i>perphenazine</i>	44, 47	<i> SODIUM CHLORIDE</i>	77
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	44	<i>potassium chloride er</i>	78
		<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	77

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE	77	<i>proctosol hc</i>	88
<i>potassium citrate er</i>	70	<i>proctozone-hc</i>	89
PRALUENT	35	<i>progesterone</i>	65
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	45	PROGRAF	74
<i>prasugrel</i>	72	PROLASTIN-C	84
<i>pravastatin sodium</i>	34	PROLENSA	81
<i>praziquantel</i>	17	PROLIA	56
<i>prazosin hydrochloride</i>	32	PROMACTA	72
<i>prednicarbate</i>	88	<i>promethazine hcl</i>	67
<i>prednisolone</i>	63	<i>promethazine hydrochloride</i>	67
<i>prednisolone acetate</i>	80	PROMETHEGAN	67
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	63, 64	<i>promethegan supp</i>	67
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLN 1%.....	81	<i>propafenone hcl</i>	34
<i>prednisone</i>	64	<i>propafenone hydrochloride er</i>	34
PREDNISONE INTENSOL	64	<i>paracetamol hcl</i>	82
<i>pregabalin</i>	41	<i>propranolol hcl</i>	35
<i>pregabalin er</i>	51	<i>propranolol hcl er</i>	35
PREHEVBARIO	75	<i>propranolol hydrochloride</i>	35
PREMARIN	63	<i>propranolol hydrochloride er</i>	35
PREMASOL	79	<i>propylthiouracil</i>	66
PREMPRO	63	PROQUAD	75
PRENATAL	78	PROSOL	79
PRENATAL PLUS	78	<i>protriptyline hcl</i>	44
PRENATAL PLUS LOW IRON	78	PULMICORT FLEXHALER	85
PREPLUS	78	PULMOZYME	84
PRETOMANID	21	PURIXAN	26
<i>prevalite</i>	35	<i>pyrazinamide</i>	21
<i>previfem</i>	61	<i>pyridostigmine bromide</i>	51
PREVYMIS	22	<i>pyridostigmine bromide er</i>	51
PREZCOBIX	21	Q	
PREZISTA	19	QINLOCK	30
PRIFTIN	21	QUADRACEL	75
<i>primaquine phosphate</i>	18	<i>quetiapine fumarate</i>	48
<i>primidone</i>	41	<i>quetiapine fumarate er</i>	47
PRIORIX	75	<i>quinapril hcl</i>	32
PRIVIGEN	74	<i>quinapril hydrochloride</i>	32
<i>probencid</i>	12	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	32
<i>probencid/colchicine</i>	12	<i>quinidine sulfate</i>	34
PROCALAMINE	79	<i>quinine sulfate</i>	18
<i>procyclizine</i>	67	R	
<i>procyclizine edisylate</i>	67	RABAVERT	75
<i>procyclizine maleate</i>	67	<i>rabeprazole sodium dr</i>	69
PROCIT	71	<i>raloxifene hydrochloride</i>	65
<i>procto-med hc</i>	89	<i>ramipril</i>	32
<i>procto-pak</i>	89	<i>ranolazine er</i>	38

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>rasagiline mesylate</i>	45	<i>rufinamide</i>	41
<i>reclipsen</i>	61	RUKOBIA	19
RECOMBIVAX HB	75	RYBELSUS	56
RECTIV	89	RYDAPT	30
REGRANEX	90		
<i>relafen</i>	13	S	
RELENZA DISKHALER	22	<i>sajazir</i>	72
<i>repaglinide</i>	56	SANCUSO	67
RESTASIS	82	SANDIMMUNE	74
RESTASIS MULTIDOSE	82	SANDOSTATIN LAR	65
RETEVMO	30	SANTYL	90
REVLIMID	27	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	65
REXULTI	48	SCEMBLIX	30
REYATAZ	19	<i>scopolamine</i>	67
REZLIDHIA	30	SECUADO	48
REZUROCK	74	<i>selegiline hcl</i>	46
RHOPRESSA	81	<i>selenium sulfide</i>	87
<i>ribavirin</i>	22	SELZENTRY	19
<i>rifabutin</i>	21	SEREVENT DISKUS	84
<i>rifampin</i>	21	<i>sertraline hcl</i>	44
<i>riluzole</i>	51	<i>sertraline hydrochloride</i>	44
<i>rimantadine hydrochloride</i>	22	<i>setlakin</i>	61
RINGERS INJECTION	77	<i>sf gel</i>	90
RINVOQ	73	<i>sharobel</i>	61
<i>risedronate sodium</i>	57	SHINGRIX	75
<i>risedronate sodium dr</i>	57	SIGNIFOR	65
RISPERDAL CONSTA	48	<i>sildenafil</i>	38
<i>risperidone</i>	48	<i>sildenafil citrate</i>	38
<i>risperidone odt</i>	48	<i>silodosin</i>	69
<i>ritonavir</i>	19	<i>silver sulfadiazine</i>	86
<i>rivastigmine tartrate</i>	43	SIMBRINZA	81
<i>rivastigmine transdermal system</i>	43	<i>simliya</i>	61
RIVELSA	61	<i>simpesse</i>	61
<i>rizatriptan benzoate</i>	50	<i>simvastatin</i>	34
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	50	<i>sirolimus</i>	74
ROCKLATAN	81	SIRTURO	21
<i>roflumilast</i>	84	SIVEXTRO	17
<i>romidepsin</i>	30	SKYRIZI	73
<i>ropinirole er</i>	45	SKYRIZI PEN	73
<i>ropinirole hcl</i>	46	<i>sodium bicarbonate</i>	77
<i>rosadan</i>	90	SODIUM BICARBONATE	77
<i>rosuvastatin calcium</i>	34	<i>sodium chloride</i>	77
ROTARIX	75	SODIUM CHLORIDE	77
ROTATEQ	75	<i>sodium chloride 0.45%</i>	77
<i>roweepra</i>	41	<i>sodium chloride irrigation soln</i>	90
ROZLYTREK	30	<i>sodium fluoride</i>	78, 90
RUBRACA	30	<i>sodium fluoride 5000 ppm dental</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SODIUM OXYBATE	52	SUPRAX.....	23
<i>sodium phenylbutyrate</i>	65	SUPREP BOWEL PREP.....	68
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	SUTAB	68
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	68	<i>syeda</i>	61
<i>solifenacin succinate</i>	70	SYMBICORT	85
SOLIQUA 100/33	54	SYMLINPEN 60.....	56
SOLTAMOX	26	SYMLINPEN 120.....	56
SOLU-CORTEF	64	SYMPAZAN	41
SOMATULINE DEPOT	65	SYMTUZA	21
SOMAVERT	65	SYNAREL	62
<i>sorafenib tosylate</i>	30	SYNERCID	17
<i>sorine</i>	34	SYNJARDY	56
<i>sotalol hcl</i>	34	SYNJARDY XR	56
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	34	SYNRIBO	27
<i>spironolactone</i>	32, 37	SYNTHROID	66
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	37	T	
<i>sprintec 28</i>	61	TABLOID	26
SPRITAM.....	41	TABRECTA	30
SPRYCEL	30	<i>tacrolimus</i>	74, 90
<i>sps</i>	57	<i>tadalafil</i>	38
<i>sronyx</i>	61	TAFINLAR	30
SSD	86	TAGRISSO	30
<i>stavudine</i>	20	TALTZ	73
STELARA.....	73	TALZENNA	30
<i>sterile water for irrigation</i>	90	<i>tamoxifen citrate</i>	27
STIVARGA.....	30	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	70
<i>streptomycin sulfate</i>	17	<i>tarina 24 fe</i>	61
STRIBILD.....	21	<i>tarina fe 1/20</i>	61
<i>subvenite</i>	41	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	61
<i>subvenite starter kit</i>	41	TASIGNA	30
<i>sucralfate</i>	69	<i>tasimelteon</i>	50
SUCRALFATE SUSP	69	<i>tazarotene</i>	87
<i>sulfacetamide sodium</i>	80, 86	<i>tazicef</i>	23
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	79	TAZORAC	87
<i>sulfadiazine</i>	17	<i>taztia xt</i>	36
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	17	TAZVERIK	30
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	17	TDVAX	75
SULFAMYLYON	86	TECFIDERA	51
<i>sulfasalazine</i>	68	TECFIDERA STARTER PACK	51
<i>sulindac</i>	13	TECVAYLI	30
<i>sumatriptan</i>	50	TEFLARO	23
<i>sumatriptan succinate</i>	50	<i>telmisartan</i>	33
<i>sumatriptan succinate refill</i>	50	<i>telmisartan/amlodipine</i>	33
<i>sunitinib malate</i>	30	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	33
SUNLENCA	20	<i>temazepam</i>	50
		TEMIXYS	21

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TENIVAC	75	TOUJEO SOLOSTAR	54
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	20	<i>tovet</i>	88
TEPMETKO	30	TPN ELECTROLYTES	77
<i>terazosin hcl</i>	32	TRACLEER	38
<i>terazosin hydrochloride</i>	32	TRADJENTA	56
<i>terbinafine hcl</i>	18	<i>tramadol hcl</i>	15
<i>terbutaline sulfate</i>	84	<i>tramadol hcl er</i>	14
<i>terconazole</i>	70	<i>tramadol hydrochloride acetaminophen</i>	15
<i>testosterone</i>	53	<i>tramadol hydrochloride er</i>	14
<i>testosterone cypionate</i>	53	<i>trandolapril</i>	32
<i>testosterone enanthate</i>	53	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	32
<i>testosterone gel</i>	53	<i>tranexamic acid</i>	72
<i>testosterone pump</i>	53	<i>tranylcypromine sulfate</i>	44
<i>tetrabenazine</i>	51	TRAVASOL	79
<i>tetracycline hydrochloride</i>	25	<i>travoprost</i>	82
TEXACORT	88	<i>trazodone hydrochloride</i>	45
THALOMID	27	TRECATOR	21
<i>theophylline</i>	84	TRELEGY ELLIPTA	82
<i>theophylline er</i>	84	TRESIBA	54
<i>thioridazine hcl</i>	48	TRESIBA FLEXTOUCH	54
<i>thiothixene</i>	48	<i>tretinooin</i>	27, 86
<i>tiadylt er</i>	36	TRETINOIN MICROSPHERE	86
<i>tiagabine hydrochloride</i>	42	<i>triamicinolone acetonide</i>	64, 88, 89
TIBSOVO	30	<i>triamicinolone acetonide dental paste</i>	91
TICOVAC	75	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	37
<i>tigecycline</i>	25	<i>triazolam</i>	50
TILIA FE	61	TRICARE PRENATAL	78
<i>timolol maleate</i>	35, 81, 82	<i>trientine hydrochloride</i>	57
TIMOLOL MALEATE	81	<i>tri-estarrylla</i>	62
<i>tinidazole</i>	17	<i>tri-femynor</i>	62
TIVICAY	20	<i>trifluoperazine hcl</i>	48
TIVICAY PD	20	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	48
<i>tizanidine hcl</i>	52	<i>trifluridine</i>	80
<i>tizanidine hydrochloride</i>	52	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	46
TOBRADEX	79	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	46
TOBRADEX ST	79	TRIJARDY XR	56
<i>tobramycin</i>	80	TRIKAFTA	84
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	79	<i>tri-legest fe</i>	62
<i>tobramycin nebu</i>	17	<i>tri-linyah</i>	62
<i>tobramycin sulfate</i>	17	<i>tri-lo-estarrylla</i>	62
<i>tolterodine tartrate</i>	70	<i>tri-lo-marzia</i>	62
<i>tolterodine tartrate er</i>	70	<i>tri-lo-mili</i>	62
<i>topiramate</i>	42	<i>tri-lo-sprintec</i>	62
<i>topiramate er</i>	42	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	67
<i>toremifene citrate</i>	27	<i>trimethoprim</i>	17
<i>torsemide</i>	37	<i>tri-mili</i>	62
TOUJEO MAX SOLOSTAR	54	<i>trimipramine maleate</i>	45

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRINTELLIX	45	VAQTA.....	76
<i>tri-nymyo</i>	62	VARENICLINE STARTING MONTH BOX.....	52
<i>tri-sprintec</i>	62	VARENICLINE TARTRATE	52
TRIUMEQ	21	VARIVAX	76
TRIUMEQ PD	21	VASCEPA	35
<i>tri-vite/fluoride</i>	78	<i>velivet</i>	62
<i>trivora-28</i>	62	VELTASSA	57
<i>tri-vylibra</i>	62	VEMLIDY	22
<i>tri-vylibra lo</i>	62	VENCLEXTA	31
TRIZIVIR	21	VENCLEXTA STARTING PACK.....	31
TROGARZO.....	20	VENLAFAXINE BESYLATE ER.....	45
TROPHAMINE	79	<i>venlafaxine hcl er</i>	45
<i>trospium chloride</i>	70	<i>venlafaxine hydrochloride</i>	45
<i>trospium chloride er</i>	70	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	45
TRULICITY.....	56	VENTAVIS	38
TRUMENBA	76	VENTOLIN HFA.....	84
TRUSELTIQ	30	<i>verapamil hcl</i>	36
TRUXIMA	30	<i>verapamil hcl er</i>	36
TUKYSA.....	30, 31	<i>verapamil hcl sr</i>	36
TURALIO	31	VERAPAMIL HCL SR.....	36
TWINRIX	76	<i>verapamil hydrochloride</i>	36
TYBOST	20	<i>verapamil hydrochloride er</i>	36
<i>tydemy</i>	62	VERSACLOZ	48
TYPHIM VI	76	VERZENIO.....	31
TYRVAYA.....	82	<i>vestura</i>	62
U		VICTOZA	56
UKONIQ.....	31	<i>vienna</i>	62
UNITHROID	66	<i>vigabatrin</i>	42
<i>ursodiol</i>	69	<i>vigadron</i>	42
V		VIIBRYD STARTER PACK.....	45
<i>valacyclovir hcl</i>	22	<i>vilazodone hydrochloride</i>	45
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	22	<i>viorele</i>	62
VALCHLOR	90	VIRACEPT	20
<i>valganciclovir</i>	22	VIREAD	20
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	22	VITRAKVI	31
<i>valproate sodium</i>	42	VIVITROL.....	52
<i>valproic acid</i>	42	VIZIMPRO	31
<i>valsartan</i>	33	<i>volnea</i>	62
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	33	VONJO	31
VALTOCO	42	<i>voriconazole</i>	18
VANCOMYCIN	17	VOSEVI	22
<i>vancomycin hcl</i>	17	VOTRIENT	31
VANCOMYCIN HCL.....	17	VP-PNV-DHA.....	78
<i>vancomycin hydrochloride</i>	17	VRAYLAR.....	48
VANFLYTA	31	VRAYLAR CAP THERAPY PACK	48
		VUMERTY.....	51
		<i>vyfemla</i>	62

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>vylibra</i>	62	<i>ziprasidone hcl</i>	48
VYVANSE	50	<i>ziprasidone mesylate</i>	48
VYZULTA.....	82	ZIRABEV	31
W		ZIRGAN	80
<i>warfarin sodium</i>	71	<i>zoledronic acid</i>	57
WELIREG.....	27	ZOLEDRONIC ACID	57
<i>wera</i>	62	ZOLINZA	31
WESTAB PLUS.....	78	<i>zolpidem tartrate</i>	50
<i>wymzya fe</i>	62	ZONISADE.....	42
X		<i>zonisamide</i>	42
XALKORI.....	31	<i>zovia 1/35</i>	62
XARELTO	71	ZTALMY	42
XARELTO STARTER PACK.....	71	<i>zumandimine</i>	62
XATMEP.....	73	ZYCLARA.....	90
XCOPRI.....	42	ZYDELIG	31
XELJANZ	73	ZYKADIA.....	31
XELJANZ XR	73	ZYLET	79
XERMELO	69	ZYPREXA RELPREVV	48
XGEVA	57	ZYTIGA.....	27
XHANCE	85		
XIFAXAN	69		
XIGDUO XR	56		
XiIDRA.....	82		
XOLAIR	84		
XOSPATA	31		
XPOVIO	31		
XTANDI.....	27		
XULTOPHY.....	54		
XYREM	52		
Y			
YF-VAX	76		
<i>yuvafem</i>	63		
Z			
<i>zafirlukast</i>	84		
<i>zaleplon</i>	50		
ZARXIO	71		
ZEJULA	31		
ZELBORAF	31		
<i>zenatane</i>	86		
ZENPEP	69		
<i>zenzedi</i>	50		
ZERVIATE.....	81		
<i>zidovudine</i>	20		

Lista de Cobertura Adicional de Medicamentos de Medicaid

Nombre del medicamento	
ALTERNATIVE MEDICINES	
*Alternative Medicine - Co's***	
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	
co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg	
coenzyme q10 oral capsule 50 mg	
*Alternative Medicine - Me's***	
melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	
melatonin oral tablet 1 mg	
melatonin oral tablet 3 mg, 5 mg	
*Alternative Medicine - St's***	
stevia oral packet 100 mg	
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	
*Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid's)***	
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	
ibuprofen oral capsule 200 mg	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	
ibuprofen oral tablet 200 mg	
ibuprofen oral tablet chewable 100 mg	
naproxen sodium oral capsule 220 mg	
naproxen sodium oral tablet 220 mg	
ANALGESICS - NONNARCOTIC	
*Analgesic Combinations***	
headache relief extra str oral tablet 250-250-65 mg	
migraine formula oral tablet 250-250-65 mg	
headache formula oral tablet 250-250-65 mg	
headache relief oral tablet 250-250-65 mg	
migraine relief oral tablet 250-250-65 mg	
pain reliever plus oral tablet 250-250-65 mg	
*Analgesics Other***	
acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg	
acetaminophen junior strength oral tablet dispersible 160 mg	
acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	
acetaminophen oral solution 160 mg/5ml	
acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml	

Nombre del medicamento	
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg, 80 mg	
acetaminophen rectal suppository 120 mg	
acetaminophen rectal suppository 650 mg	
*Salicylate Combinations***	
bufferin oral tablet 325 mg	
*Salicylates***	
aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg	
aspirin 81 oral tablet delayed release 81 mg	
aspirin oral tablet 325 mg	
aspirin oral tablet delayed release 325 mg	
aspirin rectal suppository 300 mg	
ANORECTAL AND RELATED PRODUCTS	
*Rectal Local Anesthetics***	
anorectal external cream 5 %	
lidocaine (anorectal) external cream 5 %	
pramoxine hcl (perianal) external foam 1 %	
rectasmoothe external cream 5 %	
ANTACIDS	
*Antacid Combinations***	
antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg	
*Antacids - Bicarbonate***	
sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg	
*Antacids - Calcium Salts***	
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	
tums extra strength 750 oral tablet chewable 750 mg	
tums oral tablet chewable 500 mg	
*Antacids - Magnesium Salts***	
magnesium oxide oral tablet 400 mg	
ANTIDIABETICS	
*Diabetic Other***	
glucose oral tablet chewable 4 gm	
glucose tablet chewable 5 gm oral tablet chewable 5 gm	
glutose 15 oral gel 40 %	
glutose 45 oral gel 40 %	
glutose 5 oral gel 40 %	
insta-glucose oral gel 77.4 %	

Nombre del medicamento	
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS	
*Antidiarrheal/Probiotic Agents - Misc.***	
acidophilus lactobacillus oral capsule	
acidophilus/l-sporogenes oral tablet	
bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg	
envive oral capsule	
floranex oral tablet	
probitrol oral capsule	
promerol oral capsule	
risaquad oral capsule	
risaquad-2 oral capsule	
acidophilus oral capsule 10 mg	
soothe maximum strength oral suspension 525 mg/15ml	
soothe oral suspension 262 mg/15ml	
*Antidiarrheal/Probiotic Combinations***	
acidophilus/pectin oral capsule	
*Antiperistaltic Agents***	
loperamide hcl oral capsule 2 mg	
loperamide hcl oral suspension 1 mg/7.5ml	
loperamide hcl oral tablet 2 mg	
ANTIEMETICS	
*Antiemetics - Anticholinergic***	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	
meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg	
ANTIHISTAMINES	
*Antihistamines - Alkylamines***	
chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg	
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	
triprolidine hcl oral liquid 0.625 mg/ml, 0.938 mg/ml	
*Antihistamines - Ethanolamines***	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	
*Antihistamines - Non-Sedating***	
allergy childrens oral suspension 30 mg/5ml	
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	

Nombre del medicamento	
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	
loratadine oral solution 5 mg/5ml	
loratadine oral tablet 10 mg	
CHEMICALS	
*Bulk Chemicals - Et's***	
ethyl oleate liquid	
*Bulk Chemicals - St's***	
stevia extract powder, 90 %	
*Fixed Oils***	
castor oil	
cottonseed oil	
olive oil	
sesame oil	
*Liquids***	
benzyl benzoate liquid	
glycerin liquid	
CONTRACEPTIVES	
*Emergency Contraceptives***	
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	
COUGH/COLD/ALLERGY	
*Antitussive - Nonnarcotic***	
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	
*Antitussive-Expectorant***	
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	
guaifenesin-dm cr oral tablet extended release 12 hour 1200-60 mg	
m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml	
mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	
mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	
*Antitussive-Expectorants-Decongestant***	
mucus relief severe congest/cgh oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	
phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml	
*Decongestant & Antihistamine***	
alahist d oral tablet 17.5-10 mg	

Nombre del medicamento	
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	
fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour 60-120 mg	
loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	
loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	
*Expectorants***	
guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml	
guaifenesin oral tablet 200 mg, 400 mg	
mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	
*Non-Narc Antitussive-Decongestant-Antihistamine***	
cold & cough childrens oral liquid 2.5-1-5 mg/5ml	
pse-dexchlorphen-chlophedianol oral liquid 30-1-12.5 mg/5ml	
vanacof oral liquid 30-1-12.5 mg/5ml	
DERMATOLOGICALS	
*Acne Products***	
acne medication 10 external gel 10 %	
acne medication 10 external lotion 10 %	
acne medication 2.5 external gel 2.5 %	
acne medication 5 external gel 5 %	
acne medication 5 external lotion 5 %	
benzoyl peroxide wash external liquid 5 %	
panoxyl creamy wash external liquid 4 %	
panoxyl foaming wash external liquid 10 %	
*Antibiotic Mixtures Topical***	
antibiotic/pain relief external cream 3.5-10000-10	
polysporin external ointment 500-10000 unit/gm	
antibiotic plus pain relief external cream 3.5-10000-10	
triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	
*Antibiotics - Topical***	
bacitracin external ointment 500 unit/gm	
*Antifungals - Topical***	
butenafine hcl external cream 1 %	
jock itch spray powder external aerosol powder 1 %	
lamisil at external cream 1 %	

Nombre del medicamento	
tinactin external cream 1 %	
tolnaftate external powder 1 %	
*Antiseborrheic Products***	
anti-dandruff external shampoo 1 %	
*Astringents***	
calamine external lotion	
zinc oxide external ointment 40 %	
*Corticosteroids - Topical***	
anti-itch maximum strength external cream 1 %	
quanil hc external lotion 1 %	
hydrocortisone acetate external cream 1 %	
hydrocortisone acetate external ointment 1 %	
hydrocortisone external cream 0.5 %	
hydrocortisone external lotion 1 %	
hydrocortisone external ointment 0.5 %, 1 %	
*Diaper Rash Products***	
medi-paste external ointment	
*Emollient Combinations***	
mineral oil-hydrophil petrolat external ointment	
*Emollient/Keratolytic Agents***	
urea 20 intensive hydrating external cream 20 %	
urea external cream 20 %	
ureacin-20 external cream 20 %	
*Emollients***	
a&d external ointment	
a+d prevent external ointment	
ammonium lactate external cream 12 %	
ammonium lactate external lotion 12 %	
glycerin external liquid	
hydrolatum external ointment	
keri nourishing shea butter external lotion	
vitamins a & d external ointment	
*Imidazole-Related Antifungals - Topical***	
antifungal external cream 2 %	
antifungal external powder 2 %	
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	
clotrimazole external solution 1 %	

Nombre del medicamento	
*Keratolytic/Antimitotic Agents***	
corn & callus remover external liquid 17 %	
*Local Anesthetics - Topical***	
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	
capsaicin external cream 0.025 %	
lidocaine hcl external cream 4 %	
lidocaine pain relief external patch 4 %	
*Misc. Topical Combinations***	
calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %	
*Scabicide Combinations***	
lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %	
*Scabicides & Pediculicides***	
lice treatment creme rinse external liquid 1 %	
lice treatment external lotion 1 %	
*Tar Products***	
dhs tar external shampoo 0.5 %	
therapeutic external shampoo 0.5 %	
*Topical Steroid Combinations***	
hydrocortisone external cream 0.5 %, 1 %	
DIAGNOSTIC PRODUCTS	
*Diagnostic Tests***	
fora gtel blood ketone test in vitro strip	
ketone test strips in vitro strip	
*Multiple Urine Tests***	
ketone test strips in vitro strip	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.	
*Antiflatulents***	
simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml	
simethicone oral tablet chewable 80 mg	
HEMATOPOIETIC AGENTS	
*Cobalamins***	
vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	
vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg	
*Folic Acid/Folates***	
folic acid oral tablet 1 mg	

Nombre del medicamento	
*Iron Combinations***	
iron 100 plus oral tablet 100-250-0.025-1 mg	
*Iron***	
ferretts chewable iron oral tablet chewable 18 mg	
ferrocite oral tablet 324 mg	
ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg, 324 mg	
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg	
ferrous gluconate oral tablet 324 (38 fe) mg	
ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml	
ferrous sulfate oral solution 75 (15 fe) mg/ml	
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg	
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	
iron oral tablet 28 mg	
slow release iron oral tablet extended release 143 (45 fe) mg	
*HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER	
AGENTS*	
*Antihistamine Hypnotics***	
sleep-aid (doxylamine) oral tablet 25 mg	
LAXATIVES	
*Bulk Laxatives***	
fiber oral powder 28.3 %	
natural fiber oral powder 58.6 %	
*Laxatives - Miscellaneous***	
glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	
*Laxatives & Dss***	
easy-lax plus oral tablet 8.6-50 mg	
*Saline Laxative Mixtures***	
enema disposable rectal enema	
*Saline Laxatives***	
magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	
*Stimulant Laxatives***	
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	
bisacodyl rectal suppository 10 mg	

Nombre del medicamento	
castor oil oral oil 100 %	
gentle laxative rectal suppository 10 mg	
senna oral syrup 176 mg/5ml, 8.8 mg/5ml	
senna oral tablet 8.6 mg	
senna smooth oral tablet 15 mg	
*Surfactant Laxatives***	
docusate calcium oral capsule 240 mg	
docusate sodium oral capsule 250 mg	
docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml	
docusate sodium oral syrup 60 mg/15ml	
stool softener oral capsule 100 mg	
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES	
*Condoms - Female***	
fc2 female condom	
*Condoms - Male***	
condoms	
MINERALS & ELECTROLYTES	
*Calcium Combinations***	
calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	
calcium 600 + minerals oral tablet 600-200 mg-unit	
calcium 600+d oral tablet 600-5 mg-mcg	
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 600-5 mg-mcg	
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	
os-cal calcium + d3 oral tablet 500-5 mg-mcg	
calcium/minerals/vitamin d oral tablet 600-400 mg-unit	
*Calcium***	
calcium 600 oral tablet 600 mg	
calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	
calcium citrate oral tablet 950 (200 ca) mg	
calcium oral tablet 500 mg	
oyster shell calcium oral tablet 500 mg	
*Magnesium***	
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	

Nombre del medicamento	
MULTIVITAMINS	
*B-Complex W/ C***	
b-complex-c oral tablet	
*Multiple Vitamins W/ Iron***	
multi-vitamin/iron oral tablet	
*Multiple Vitamins W/ Minerals***	
multi vitamin/minerals oral tablet	
ultra-mega oral tablet extended release	
*Multivitamins***	
daily-vite oral tablet	
essential one daily oral tablet	
essentials oral tablet	
multiple vitamins essential oral tablet	
stress formula oral tablet	
tab-a-vite oral tablet	
tab-a-vite/beta carotene oral tablet	
thera oral tablet	
*Ped Multi Vitamins W/FI & Fe***	
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	
*Ped Multiple Vitamins W/ Minerals***	
activnutrients oral tablet chewable	
*Ped Mv W/ Fluoride***	
multivitamin/fluoride oral solution 0.5 mg/ml	
multi-vitamin/fluoride oral solution 0.5 mg/ml	
*Ped Mv W/ Iron***	
cerovite jr oral tablet chewable 18 mg	
childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg	
multivitamin infant & toddler oral solution 11 mg/ml	
childrens complete oral tablet chewable 18 mg	
animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg	
*Ped Vitamins Acd W/ Fluoride***	
tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml	
vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml	
*Pediatric Multiple Vitamins***	
childrens chewables/ex c oral tablet chewable	
little ones childrens oral tablet chewable	
poly-vi-sol oral solution	

Nombre del medicamento	
childrens vitamins/extra c oral tablet chewable	
animal shapes kids first oral tablet chewable	
*Prenatal Mv & Min W/Fe-Fa***	
theranatal core nutrition oral tablet 27-1 mg	
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL	
*Nasal Agents - Misc.***	
saline nasal gel	
saline nasal spray nasal solution 0.65 %	
*Nasal Mast Cell Stabilizers***	
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	
*Nasal Steroids***	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	
triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcg/act	
*Systemic Decongestants***	
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	
sudogest oral tablet 60 mg	
*Topical Decongestants***	
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	
NUTRIENTS	
*Misc. Nutritional Substances***	
fish oil triple strength oral capsule 1400 mg	
omega-3 fish oil oral capsule delayed release 1200 mg	
omega-3 fish oil oral capsule 1200 mg	
omega-3 fish oil oral capsule 300 mg	
sea-omega oral capsule 1000 mg	
OPHTHALMIC AGENTS	
*Artificial Tear And Lubricant Combinations***	
artificial tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
natural tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	
gentearl tears moderate pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
gentearl tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
eye drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	
lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.1-0.3 %, 0.4-0.3 %	

Nombre del medicamento	
refresh digital ophthalmic solution 0.5-1-0.5 %	
refresh optive advanced ophthalmic solution 0.5-1-0.5 %	
refresh optive ophthalmic gel 1-0.9 %	
refresh relievea pf ophthalmic solution 0.5-1 %	
dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %	
systane ophthalmic gel 0.4-0.3 %	
systane ophthalmic solution 0.4-0.3 %	
*Artificial Tears And Lubricants***	
carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %	
dry eye relief ophthalmic gel 1 %	
genteal severe ophthalmic gel 0.3 %	
polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %	
refresh liquigel ophthalmic gel 1 %	
refresh plus ophthalmic solution 0.5 %	
refresh tears ophthalmic solution 0.5 %	
systane complete ophthalmic solution 0.6 %	
*Ophthalmic Antiallergic***	
eye allergy itch/red relief ophthalmic solution 0.1 %	
ketotifen fumarate ophthalmic solution 0.025 %	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %	
pataday ophthalmic solution 0.7 %	
*Ophthalmic Decongestant Combinations***	
eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %, 0.027-0.315 %	
*Ophthalmic Decongestants***	
eye drops ophthalmic solution 0.05 %	
OTIC AGENTS	
*Otic Agents - Miscellaneous***	
ear drops otic solution 6.5 %	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	
*Antimicrobial Agents***	
benzyl alcohol liquid	
*Flavoring Agents***	
blood orange os liquid	
flavorx liquid	
*Gelatin Capsules (Empty)***	
empty capsule size 000 white capsule	

Nombre del medicamento	
*Oral Vehicles***	
cherry oral syrup	
good start sterile water oral liquid	
oral suspend oral liquid	
pcca-plus oral suspension	
raspberry syrup oral syrup	
simple syrup oral syrup	
sorbitol solution 70 %	
syrspend sf oral suspension reconstituted	
syrup vehicle oral syrup	
*Pharmaceutical Excipients***	
lactose monohydrate powder	
xanthan gum powder	
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.	
*Smoking Deterrents***	
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg	
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	
*ULCER	
DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS*	
*H-2 Antagonists***	
cimetidine 200 oral tablet 200 mg	
famotidine oral tablet 10 mg, 20 mg	
*Proton Pump Inhibitors***	
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	
omeprazole magnesium oral capsule delayed release 20.6 (20 base) mg	
omeprazole oral tablet delayed release 20 mg	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS	
*Imidazole-Related Antifungals***	
clotrimazole vaginal cream 1 %	
miconazole 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %	
miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	

Nombre del medicamento	
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	
*Spermicides***	
encare vaginal suppository 100 mg	
options gynol ii contraceptive vaginal gel 3 %	
today sponge vaginal 1000 mg	
vaginal contraceptive vaginal film 28 %	
vaginal contraceptive vaginal foam 12.5 %	
vaginal contraceptive vaginal gel 4 %	
VITAMINS	
*Vitamin B-1***	
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	
*Vitamin B-3***	
niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg	
niacin er oral tablet extended release 500 mg, 750 mg	
niacin oral tablet 100 mg	
niacin oral tablet 500 mg	
*Vitamin B-6***	
pyridoxine hcl oral tablet 50 mg	
vitamin b-6 oral tablet 25 mg	
*Vitamin C***	
ascorbic acid oral tablet 500 mg	
c-500 oral tablet chewable 500 mg	
chewable c oral tablet chewable 500 mg	
vit c/rose hips oral tablet 1000 mg	
vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg	
vitamin c oral tablet chewable 500 mg	
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	
vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	
*Vitamin D***	
calcidiol oral solution 200 mcg/ml	
d 1000 oral tablet chewable 25 mcg (1000 ut)	
d3-50 oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	
d-vi-sol oral liquid 10 mcg/ml	
natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	
pronutrients vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet chewable 10 mcg (400 unit)	

Nombre del medicamento	
vitamin d3 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d3 oral tablet dispersible 125 mcg (5000 ut)	

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打您的會員身分卡上的電話號碼。

No es necesario que los miembros que reciben “Ayuda adicional” obtengan medicamentos con receta en farmacias de la red preferidas para recibir copagos de subsidio por bajos ingresos (Low Income Subsidy, LIS).

Consulte la Evidencia de cobertura para leer una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan. Las características y la disponibilidad de los planes pueden variar según el área de servicio. Hay otras farmacias disponibles en nuestra red. Los médicos, los hospitales y otros proveedores de atención médica participantes son contratistas independientes y no son agentes ni empleados de Aetna. No se puede garantizar la disponibilidad de ningún proveedor en particular. La composición de la red de proveedores está sujeta a cambios. La cantidad habitual de días hábiles para recibir su envío luego de que la farmacia de pedido por correo recibe un pedido es de hasta 10 días. Los inscritos tienen la opción de registrarse para la entrega automática de pedidos por correo. Si su pedido de medicamentos por correo no llega dentro del período estimado, llámenos sin cargo al 1-866-409-1221, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., E.S.T., los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-362-0934. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-362-0934. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-362-0934。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電1-844-362-0934。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-362-0934. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-362-0934. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-362-0934 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-362-0934. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-362-0934번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-362-0934. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-844-362-0934. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुर्भाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुर्भाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-362-0934 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-362-0934. Un nostro incaricato che parla Italiano fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-362-0934. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout késyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-362-0934. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-362-0934. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-844-362-0934にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: He kōkua māhele ‘ōlelo kā mākou i mea e pane ‘ia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lā‘au lapa‘au paha. I mea e loa‘a ai ke kōkua māhele ‘ōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-844-362-0934. E hiki ana i kekahī mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Este formulario se actualizó el 12/01/2023. Para obtener más información reciente u otras preguntas, comuníquese con Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para Miembros al **1-844-362-0934** (**los usuarios de TTY deben llamar al 711**), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary

Contrato/PBP: H6399-001



AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary