

2024

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: 24024 Versión 12

Este formulario se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934**, los **usuarios de TTY deben llamar al: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana, o visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).



2024 Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) *Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)*

Introducción

Este documento se denomina *Lista de medicamentos cubiertos* (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos 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 alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: Algunas vacunas se consideran beneficios médicos. Otras vacunas se consideran medicamentos de la Parte D. Nuestro plan cubre las vacunas de la Parte D sin costo para usted.

Índice

A. Descargos de responsabilidad	3
B. Preguntas frecuentes	4
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	4
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	4
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?	5
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?	6
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	6
B6. ¿Qué sucede si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)	7
B7. ¿Cómo puedo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos?	7
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	7
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	9
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?	9
B12. ¿Cuánto tiempo lleva 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 de venta libre que no sean medicamentos?.....	10
B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	10
B17. ¿Cuál 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.....	109



Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, 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 obtener en Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de New 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) is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan with a Medicare contract and a contract with the New Jersey Medicaid program. Enrollment in Aetna Assure Premier Plus depends on contract renewal.
- ❖ Los inscritos deben utilizar proveedores dentro de la red. Los inscritos deben utilizar proveedores de equipos médicos duraderos (DME) dentro de la red. Los inscritos deben utilizar una farmacia dentro de la red. Los inscritos quedarán inscritos en la cobertura de la Parte D del plan y se cancelará automáticamente su inscripción en cualquier otro plan de cobertura acreditable o de la Parte D de Medicare en el que estén inscritos. El inscrito también será inscrito en la cobertura de Medicaid del plan, y se cancelará su inscripción en cualquier otro plan de Medicaid en el que esté inscrito actualmente. No se necesitan remisiones de proveedores de este plan para proveedores de la red.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) or call **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. and 8:00 p.m., 7 days a week.
- ❖ ATENCIÓN: 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](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) o llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8 a.m. a 8 p.m., los 7 días 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 08:00 a. m. a 08:00 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)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. Para obtener más información, visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary).



B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

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 que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 12 son los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos que sean médicamente necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable. **Y**
 - Si usted obtiene el medicamento 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. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary) o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al 1-844-362-0934 (TTY: 711).

B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es una autorización de Aetna Assure Premier Plus HMO D-SNP antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

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

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

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- nos enteremos de que el medicamento no es seguro; **o**
- se retira un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica 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](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para consultar la Lista de medicamentos actual.

B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?

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

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que es tan eficaz como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - 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. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos.
- Comuníquese con su médico si el medicamento que toma es eliminado de la Lista de medicamentos.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si ocurre lo siguiente:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un nuevo medicamento genérico que no es nuevo en el mercado. **Y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O bien**
 - Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. O bien
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos o se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí. Algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben hacer algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la aprobación de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 12 a 108. También puede obtener más información en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción para estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?

La *Tabla de medicamentos cubiertos* de la página 12 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado).

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

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

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- Puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; o
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar por **orden alfabético**, consulte la sección del Índice de medicamentos cubiertos. La encontrará en la página 109. El índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran 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**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo de medicamento” en la página 12. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura 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 por él. Si le informan que Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar. **O bien**
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

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

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varios resurtidos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de su medicamento para 30 días en los siguientes casos:

- si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos; o
- si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas; o
- si el medicamento requiere autorización previa de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP), o
- si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si está tomando un medicamento que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no considera ser un medicamento de la Parte D, usted tiene derecho a obtener un suministro de 72 horas del medicamento por única vez.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa en un hogar de convalecencia o 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 (un suministro de hasta 30 días) de los medicamentos correspondientes.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

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

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento 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 ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas.

Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para obtener asistencia al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Puede enviarnos la declaración por fax al 844-814-2260.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

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

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos. Estos medicamentos de venta libre se enumeran en esta Lista de medicamentos.

B15. ¿Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?

Sí. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre algunos productos de venta libre que no sean medicamentos cuando su proveedor se los receta. Estos productos de venta libre que no son medicamentos se enumeran en esta Lista de medicamentos.

Ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos incluyen los preservativos. No existen costos compartidos ni copagos.

B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/ suministro a largo plazo?

Sí. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la farmacia CVS Caremark®. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada.

- Programa de pedidos por correo. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para 100 días como máximo de sus medicamentos con receta directamente en su hogar.
- Suministro a largo plazo. Ofrecemos un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” que estén en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

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

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tienen copago para medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información sobre los medicamentos de venta libre y los productos que no sean medicamentos, consulte las preguntas B14 y B15.

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

- Nivel 1 Los medicamentos genéricos tienen un copago de \$0.
- Nivel 1 Los medicamentos de marca tienen un copago de \$0.

Los medicamentos de venta libre tienen un copago de \$0.

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

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 109. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) por orden alfabético.

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 la cantidad del medicamento que cubrirá.
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: Tratamiento escalonado. En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero 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. Son los medicamentos que pueden obtenerse solo en determinadas farmacias.
MO: Entrega de pedidos por correo. Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.
B/D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según la situación. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura bajo la Parte B o la Parte D. Es posible que deba presentarse información sobre la administración del medicamento o el lugar en el que se recibirá para determinar la cobertura.
EA: Cada uno.
ML: Mililitro.
ACS: Disponible en farmacias CVS Specialty. Estos medicamentos son para afecciones médicas complejas y pueden requerir una manipulación especial o un control más estricto. Están disponibles a través de servicios de farmacia de CVS Specialty u otras farmacias especializadas de la red. Es posible que no pueda obtenerlos en su farmacia local.
HRM: Medicamento de alto riesgo. Según los expertos médicos, estos medicamentos pueden causar efectos secundarios adversos si tiene 65 años de edad o más. Si está tomando uno de estos medicamentos, consulte a su médico si hay opciones más seguras disponibles.
OTC: Productos de venta libre. Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos.

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 una infección, 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.: SYNTHROID) 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 tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine tablet</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 capsule 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib capsule 100mg, 200mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium tablet 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 tablet delayed release 50mg; 200mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tablet delayed release 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 tablet delayed release 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días)
<i>ec-naproxen tablet delayed release 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tablet extended release 24 hour 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tablet extended release 24 hour 400mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac capsule 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>etodolac capsule 200mg</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etodolac tablet 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tablet 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
FENOPROFEN CALCIUM CAPSULE 400MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenopropfen calcium tablet 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibu tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibuprofen tablet 400mg, 600mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibuprofen oral suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketoprofen extended release capsule 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ketorolac tromethamine tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 EA por 30 días) PA MO
<i>meloxicam tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen sodium tablet 275mg, 550mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen tablet 250mg, 375mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen oral suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen tablet delayed release 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen tablet delayed release 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 capsule 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam capsule 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<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 transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
HYSINGLA ER	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl oral concentrate 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ML por 30 días) PA MO
METHADONE HCL INJECTION	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>methadone hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er capsule extended release 24 hour (generic Avinza) 120mg, 30mg, 45mg, 60mg, 75mg, 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er capsule extended release 24 hour (generic Kadian) 100mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>morphine sulfate er tablet extended release 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>morphine sulfate er tablet extended release 100mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tablet extended release 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>tramadol hcl extended release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine solution 120mg/5ml; 12mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate nasal solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (5 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate injection 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>butorphanol tartrate injection 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CODEINE SULFATE TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tablet 10mg; 325mg, 2.5mg; 325mg, 5mg; 325mg, 7.5mg; 325mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 200mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lozenge on a handle 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen solution</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 tablet 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HCL INJECTION 4MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D
HYDROMORPHONE HCL INJECTION 1MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>hydromorphone hcl injection 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INJECTION 0.25MG/0.5ML, 1MG/ML, 2MG/ML	\$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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE INJECTION 4MG/ML	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>hydromorphone hydrochloride injection 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>hydromorphone hydrochloride injection 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>morphine sulfate tablet 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE INJECTION 10MG/ML PF VIAL IV OR IM, 2MG/ML, 4MG/ML IV OR IM VIAL AND PREFILLED SYRINGE, 50MG/ML, 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 carpject, 4mg/ml iv vial and prefilled syringe, 50mg/ml, 8mg/ml vial and pf carpject</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>morphine sulfate injection 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>morphine sulfate oral solution 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate oral solution 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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride concentrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tablet 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tablet 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tablet 10mg; 325mg, 2.5mg; 325mg, 5mg; 325mg, 7.5mg; 325mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO; HRM
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl injection 0.5%, 1%, 1.5% pf, 2% pf, 4% pf</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lidocaine hydrochloride pf inj 1%, 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANTIINFECCIOSOS		
ANTIINFECCIOSOS: VARIOS		
<i>albendazole</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amikacin sulfate injection 1gm/4ml, 500mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atovaquone oral suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>aztreonam</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CAYSTON	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin hcl capsule 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clindamycin hcl capsule 150mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate injection 300mg/2ml, 900mg/60ml, 900mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clindamycin phosphate injection 600mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dapsone tablet 100mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DAPTOMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	
DAPTOMYCIN INJECTION 350MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>daptomycin injection 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 injection 1.2mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride injection 1.6mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gentamicin sulfate injection 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gentamicin isotonic/0.9% sodium chloride injection 0.8mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ivermectin tablet 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 90 días) PA MO
<i>linezolid tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA MO
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) PA MO
LINEZOLID INJECTION 600MG/300ML; 0.9%	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>linezolid injection 600mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>meropenem</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methenamine hippurate</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methenamine mandelate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole capsule 375mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole injection 500mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>metronidazole tablet 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
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals capsule 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals capsule 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>paromomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>pentamidine isethionate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>praziquantel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SIVEXTRO INJECTION	\$0 (Nivel 1)	
SIVEXTRO TABLET	\$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 suspension, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim injection IV</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
400mg/5ml; 80mg/5ml		
<i>tinidazole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin sulfate injection 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm/30ml, 80mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin sulfate injection 1.2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin nebulization solution 300mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (280 ML por 56 días) PA; ACS
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VANCOMYCIN INJECTION 0.9%; 500MG/100ML, 0.9%; 750MG/150ML	\$0 (Nivel 1)	
VANCOMYCIN HCL INJECTION 0.9%; 1GM/200ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hcl injection 100gm, 10gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride capsule 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vancomycin hydrochloride capsule 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJECTION 1000MG/200ML, 1250MG/250ML, 1500MG/300ML, 1750MG/350ML, 500MG/100ML, 750MG/150ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride injection 1.25gm, 1.5gm, 1gm, 5gm, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>vancomycin hydrochloride injection 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET SUSPENSION INJECTION 5MG/ML	\$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>casprofungin acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride injection 200mg; 100ml, 400mg; 100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole tablet, oral suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluconazole/sodium chloride injection 100mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine capsule 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>flucytosine capsule 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>itraconazole capsule 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>micalofungin</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>mycamine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nystatin tablet 500000unit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>posaconazole dr tablet delayed release 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (93 EA por 30 días) PA MO
<i>posaconazole oral suspension 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>terbinafina hcl tablet 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 365 días) MO
<i>voriconazole injection</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>voriconazole tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tablet 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil 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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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 capsule 324mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
APTIVUS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>darunavir tablet 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>darunavir tablet 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 SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>etravirine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FUZEON	\$0 (Nivel 1)	LA MO
INTELENCE TABLET 25MG	\$0 (Nivel 1)	
ISENTRESS HD	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS PACKET, TABLET	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25MG	\$0 (Nivel 1)	MO
ISENTRESS TABLET CHEWABLE 100MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamivudine tablet 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEXIVA ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>maraviroc</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nevirapine er tablet extended release 24 hour 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine immediate release tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nevirapine oral suspension 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORVIR ORAL POWDER PACKET, ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	MO
PIFELTRO	\$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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREZISTA ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABLET 75MG	\$0 (Nivel 1)	QL (480 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABLET 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
REYATAZ ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RUKOBIA	\$0 (Nivel 1)	MO
SELZENTRY ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	MO
SELZENTRY TABLET 25MG	\$0 (Nivel 1)	
SELZENTRY TABLET 75MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>stavudine capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SUNLENCA INJECTION	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 180 días) LA MO
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK (5 TAB PACK) 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 365 días) LA MO
SUNLENCA TABLET THERAPY PACK (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 TABLET 10MG	\$0 (Nivel 1)	MO
TIVICAY TABLET 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, TABLET 150MG, 200MG, 250MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine capsule, syrup</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zidovudine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tablet 167mg; 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 200mg; 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tablet 100mg; 150mg, 133mg; 200mg</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</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ODEFSEY	\$0 (Nivel 1)	MO
PREZCOBIX	\$0 (Nivel 1)	MO
STRIBILD	\$0 (Nivel 1)	MO
SYMTUZA	\$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 tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isoniazid injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>isoniazid syrup</i>	\$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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rifampin injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
TRECTOR	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty
 HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acyclovir sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDGE ORAL SOLUTION	\$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; ACS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famciclovir tablet 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 30 días) MO
<i>famciclovir tablet 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; ACS
<i>lamivudine tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MAVYRET	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>oseltamivir phosphate capsule 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate capsule 45mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1080 ml cada 365 días) MO
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 150MG; 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (40 EA por 30 días)
PAXLOVID TABLET THERAPY PACK 300MG; 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días)
PEGASYS	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
PREVYMIS TABLET	\$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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
<i>ribavirin tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tablet 1gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>valganciclovir tablet 450mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VOSEVI	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
CEFALOSPORINAS		
CEFACTOR ER	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefactor suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefactor capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefadroxil</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION 1GM/50ML; 4%	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN SODIUM INJECTION 100GM, 300GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection 1gm iv</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin sodium injection 10gm, 1gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CEFAZOLIN INJECTION 2GM/100ML; 4%	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN INJECTION 2GM, 3GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin injection 3gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin injection 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefdinir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefepime injection 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefixime capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefotetan injection 1gm/10ml, 2gm/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime injection 6gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime injection 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 (Nivel 1)	
CEFTRIAXONE SODIUM INJECTION 100GM	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone iv injection 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefuroxime axetil tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cefuroxime sodium injection 1.5gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime sodium injection 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin capsule 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin capsule 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cephalexin oral suspension reconstituted, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tazicef</i>	\$0 (Nivel 1)	
TEFLARO	\$0 (Nivel 1)	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
AZITHROMYCIN PACKET	\$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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azithromycin tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azithromycin oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>azithromycin injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin er tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin immediate release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID TABLET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythrocin stearate tablet 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin dr tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>erythromycin lactobionate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>erythromycin capsule delayed release particles 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tablet 100mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tablet 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 200mg/100ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w injection 400mg/200ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin injection 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levofloxacin tablet 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hydrochloride injection 400mg/250ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>moxifloxacin hydrochloride tablet 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin/clavulanate potassium extended release tablet 1000mg; 62.5mg</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amoxicillin/clavulanate potassium oral suspension reconstituted 200mg/5ml; 28.5mg/5ml, 400mg/5ml; 57mg/5ml, 600mg/5ml; 42.9mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium oral suspension reconstituted 250mg/5ml; 62.5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 200mg; 28.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet chewable 400mg; 57mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 500mg; 125mg, 875mg; 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium tablet 250mg; 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin capsule, tablet chewable, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 400mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium injection 10gm, 125mg, 1gm iv, 250mg, 2gm iv</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin sodium injection 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
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nafcillin sodium injection 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nafcillin sodium injection 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nafcillin sodium injection 10gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxacillin sodium injection 10gm, 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g potassium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
PENICILLIN G PROCAINE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin v potassium tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>penicillin v potassium solution reconstituted</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline hyclate capsule 100mg, 50mg, tablet 100mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline hyclate injection i.v. solution reconstituted 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate capsule 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate capsule 100mg, 150mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate tablet 100mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline monohydrate tablet 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxycycline oral suspension reconstituted 25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minocycline hcl capsule 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minocycline hcl tablet 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ST MO
<i>minocycline hcl capsule 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mondoxyne nl</i>	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA	\$0 (Nivel 1)	LA; ACS
<i>tetracycline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 (Nivel 1)	
AGENTES ANTINEOLESICOS		
ALQUILANTES		
CYCLOPHOSPHAMIDE TABLET	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>cyclophosphamide capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
GLEOSTINE CAPSULE 10MG, 40MG	\$0 (Nivel 1)	ACS
GLEOSTINE CAPSULE 100MG	\$0 (Nivel 1)	ACS
LEUKERAN	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIMETABOLITOS		
INQOVI	\$0 (Nivel 1)	QL (5 EA por 28 días) PA LA; ACS
LONSURF	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>mercaptopurine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methotrexate sodium injection pf 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methotrexate sodium injection 250mg/10ml, 50mg/2ml</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methotrexate sodium injection 1gm</i>	\$0 (Nivel 1)	
ONUREG	\$0 (Nivel 1)	QL (14 c/u por 28 días) PA LA; ACS
PURIXAN	\$0 (Nivel 1)	LA; ACS
TABLOID	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
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; ACS
EMCYT	\$0 (Nivel 1)	MO
ERLEADA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>exemestane</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FIRMAGON INJECTION 80MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
FIRMAGON INJECTION 120MG/VIAL	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>letrozole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>leuprolide acetate injection kit 1mg/0.2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
LYSODREN	\$0 (Nivel 1)	LA
<i>megestrol acetate tablet 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NUBEQA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ORGOVYX	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ORSERDU TABLET 345MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
ORSERDU TABLET 86MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
XTANDI	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ZYTIGA TABLET 500MG	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide capsule 20mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA; ACS
<i>lenalidomide capsule 10mg, 15mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA; ACS
POMALYST	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA; ACS
THALOMID CAPSULE 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THALOMID CAPSULE 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA; ACS
VARIOS		
ASPARLAS	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
BESREMI	\$0 (Nivel 1)	QL (2 ML por 28 días) PA LA
<i>bexarotene capsule 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
IWILFIN	\$0 (Nivel 1)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
KISQALI FEMARA 200 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
KISQALI FEMARA 400 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
KISQALI FEMARA 600 DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
MATULANE	\$0 (Nivel 1)	LA
ONCASPAR	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>tretinoin capsule 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 EA por 30 días) PA LA; ACS
ALUNBRIG TABLET THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ALUNBRIG TABLET 30MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
ALUNBRIG TABLET 180MG, 90MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
AUGTYRO	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA LA; ACS
AYVAKIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
BALVERSA TABLET 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA; ACS
BALVERSA TABLET 4MG	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA; ACS
BALVERSA TABLET 3MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 28 días) PA LA; ACS
BOSULIF CAPSULE 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 25 días) PA; ACS
BOSULIF CAPSULE 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
BOSULIF TABLET 400MG, 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
BRAFTOVI CAPSULE 75MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
BRUKINSA	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
CABOMETYX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
CALQUENCE	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
CAPRELSA TABLET 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CAPRELSA TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
COMETRIQ KIT 140MG/DAY	\$0 (Nivel 1)	QL (112 EA por 28 días) PA LA; ACS
COMETRIQ KIT 100MG/DAY	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA; ACS
COMETRIQ KIT 60MG/DAY	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 28 días) PA LA; ACS
COPIKTRA	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA; ACS
COTELLIC	\$0 (Nivel 1)	QL (63 EA por 28 días) PA LA; ACS
DAURISMO TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
DAURISMO TABLET 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
ERIVEDGE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tablet 100mg, 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>erlotinib hydrochloride tablet 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tablet soluble 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tablet soluble 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tablet soluble 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>everolimus tablet 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
EXKIVITY	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
FOTIVDA	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
FRUZAQLA CAPSULE 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
FRUZAQLA CAPSULE 1MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
GAVRETO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>gefitinib</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
GILOTRIF	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IBRANCE	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA; ACS
ICLUSIG TABLET 10MG, 30MG	\$0 (Nivel 1)	PA LA
ICLUSIG TABLET 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; ACS
<i>imatinib mesylate tablet 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>imatinib mesylate tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	QL (216 ML por 27 días) PA LA
IMBRUVICA TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IMBRUVICA CAPSULE 70MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
IMBRUVICA CAPSULE 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INLYTA TABLET 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
INLYTA TABLET 1MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
INREBIC	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
JAKAFI	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
JAYPIRCA TABLET 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
JAYPIRCA TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
KISQALI	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
KOSELUGO	\$0 (Nivel 1)	PA LA
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; ACS
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LORBRENA TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
LORBRENA TABLET 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS
LUMAKRAS TABLET 120MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA LA; ACS
LUMAKRAS TABLET 320MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS
LYNPARZA TABLET 100MG, 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 16MG	\$0 (Nivel 1)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (140 EA por 28 días) PA LA
LYTGOBI TABLET THERAPY PACK 12MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	QL (1260 ML por 30 días) PA LA; ACS
MEKINIST TABLET 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
MEKINIST TABLET 0.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MEKTOVI	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
NERLYNX	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
NEXAVAR	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
NINLARO	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
ODOMZO	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
OGSIVEO	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
OJJAARA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>pazopanib hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
PEMAZYRE	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA; ACS
QINLOCK	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
RETEVMO CAPSULE 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
RETEVMO CAPSULE 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
REZLIDHIA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>romidepsin injection 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
ROZLYTREK PACKET	\$0 (Nivel 1)	QL (336 EA por 28 días) PA LA; ACS
ROZLYTREK CAPSULE 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) PA LA; ACS
ROZLYTREK CAPSULE 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS
RUBRACA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
RYDAPT	\$0 (Nivel 1)	QL (224 EA por 28 días) PA; ACS
SCSEMBLIX TABLET 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) PA; ACS
SCSEMBLIX TABLET 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
<i>sorafenib tosylate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLET 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SPRYCEL TABLET 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
STIVARGA	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 28 días) PA LA; ACS
<i>sunitinib malate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TABRECTA	\$0 (Nivel 1)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TAFINLAR CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
TAFINLAR TABLET SOLUBLE	\$0 (Nivel 1)	QL (900 EA por 30 días) PA LA; ACS
TAGRISSE	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
TALZENNA CAPSULE 0.1MG, 0.35MG, 0.5MG, 0.75MG, 1MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
TALZENNA CAPSULE 0.25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS
TASIGNA CAPSULE 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (112 EA por 28 días) PA; ACS
TASIGNA CAPSULE 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
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
TRUQAP	\$0 (Nivel 1)	QL (64 EA por 28 días) PA LA
TRUSELTIQ CAPSULE THERAPY PACK 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (21 EA por 28 días) PA LA; ACS
TRUSELTIQ CAPSULE THERAPY PACK 0, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (42 EA por 28 días) PA LA; ACS
TRUSELTIQ CAPSULE THERAPY PACK 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (63 EA por 28 días) PA LA; ACS
TRUXIMA	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
TUKYSA TABLET 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
TUKYSA TABLET 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
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 TABLET 10MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABLET 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABLET 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VERZENIO	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
VITRAKVI SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) PA LA; ACS
VITRAKVI CAPSULE 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
VITRAKVI CAPSULE 100MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VIZIMPRO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
VONJO	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VOTRIENT	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
XALKORI CAPSULE	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
XALKORI CAPSULE SPRINKLE 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA LA; ACS
XOSPATA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 1)	QL (24 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 1)	QL (32 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 40MG ONCE WEEKLY, 60MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) PA LA
XPOVIO TABLET THERAPY PACK 100MG ONCE WEEKLY, 40MG TWICE WEEKLY, 80MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) PA LA
ZEJULA CAPSULE 100MG	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ZEJULA TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
ZELBORAF	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA LA; ACS
ZIRABEV	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ZOLINZA	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
ZYDELIG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
ZYKADIA TABLET 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 28 días) PA LA; ACS
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MESNEX TABLET 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

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide tablet 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg, 5mg; 6.25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<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 tablet 12.5mg; 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinapril/hydrochlorothiazide tablet 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 tablet 10mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate tablet</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 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 capsule 10mg, 1mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride capsule 2mg</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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tablet 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 tablet 12.5mg; 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide tablet 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 tablet 12.5mg; 40mg, 25mg; 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tablet 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 tablet 32mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil tablet 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 tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tablet 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil tablet 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 tablet 320mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tablet 160mg, 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl injection 50mg/ml, 900mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiodarone hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiodarone hydrochloride injection</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
<i>flecainide acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 (Nivel 1)	
LIDOCAINE HCL INJECTION 100MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>lidocaine hcl injection 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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sorine tablet 160mg, 240mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sorine tablet 120mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized capsule 134mg, 130mg, 200mg, 43mg, 67mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate non-micronized capsule 50mg, 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate tablet 145mg, 160mg, 40mg, 48mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fenofibrate tablet 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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tablet</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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cholestyramine light</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colesevelam hydrochloride oral packet, tablet</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
<i>niacin immediate release tablet 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>niacin er tablet extended release 1000mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>niacin er tablet extended release 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacor</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>prevalite powder</i>	\$0 (Nivel 1)	
REPATHA	\$0 (Nivel 1)	PA
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM	\$0 (Nivel 1)	PA
REPATHA SURECLICK	\$0 (Nivel 1)	PA
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 tablet 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol phosphate er capsule extended release 24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>labetalol hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol hydrochloride injection 5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nebivolol hydrochloride tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol hydrochloride tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>propranolol hcl er capsule extended release 24 hour 120mg, 160mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hcl injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>propranolol hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propranolol hydrochloride er capsule extended release 24 hour 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<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 capsule 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hcl immediate release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DILTIAZEM HCL INJECTION 100MG	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hcl injection 125mg/25ml, 50mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>diltiazem hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diltiazem hydrochloride injection solution 25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>felodipine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isradipine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>matzim la</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nicardipine hcl capsule 20mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 30mg (osmotic release), 60mg (osmotic release), 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nifedipine er tablet extended release 24 hour 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 capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tiadylt er capsule extended release 24 hour 420mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl immediate release tablet 40mg, 80mg</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hcl er tablet extended release</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er capsule extended release 24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERAPAMIL HCL SR CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 360MG	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl sr capsule extended release 24 hour 120mg, 180mg, 240mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl sr tablet extended release 240mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride er tablet extended release</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride er capsule extended release 24 hour 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl immediate release tablet 120mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>acetazolamide tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bumetanide tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bumetanide injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide oral solution, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide injection</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>toremide</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
<i>clonidine hcl patch weekly 0.1mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine hcl patch weekly 0.2mg/24hr, 0.3mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonidine hydrochloride immediate release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CORLANOR SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR TABLET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digox tablet 250mcg, 125mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digoxin injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>digoxin tablet 125mcg, 250mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tablet 62.5mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
<i>droxidopa capsule 200mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA; ACS
<i>guanfacine hcl immediate release tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>hydralazine hcl tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydralazine hcl injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydralazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride metyrosine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>midodrine hcl tablet 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>midodrine hcl tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minoxidil tablet 10mg, 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VERQUVO	\$0 (Nivel 1)	PA MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tablet 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide dinitrate tablet 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 transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NITROGLYCERIN INJECTION	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin tablet sublingual</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nitroglycerin translingual spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>alyq</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ambrisentan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>bosentan tablet 62.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>bosentan tablet 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D LA; ACS
OPSUMIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>sildenafil injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1125 ML por 30 días) PA; ACS
<i>sildenafil citrate (generic Revatio) tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA; ACS
<i>tadalafil tablet (generic Adcirca) 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
TRACLEER TABLET FOR ORAL SUSPENSION 32MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
VENTAVIS	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>ANSIOLÍTICOS</i>		
<i>alprazolam er tablet extended release 24 hour 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 EA por 30 días) MO; HRM
ALPRAZOLAM INTENSOL	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam immediate release tablet 0.25mg, 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>alprazolam immediate release tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>bupirone hcl tablet 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bupirone hydrochloride tablet 5mg, 7.5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl capsule 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>chlordiazepoxide hydrochloride capsule 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>fluvoxamine maleate er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 ML por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tablet 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>lorazepam tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxazepam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>ANTIDEMENCIA</i>		
<i>donepezil hcl tablet disintegrating</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tablet 10mg</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>donepezil hcl tablet 23mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tablet</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 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>memantine hydrochloride solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 ml cada 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rivastigmine tartrate capsule</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 tablet 100mg, 150mg, 75mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>amitriptyline hydrochloride tablet 10mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>amoxapine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
AUVELITY	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>bupropion hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet extended release 12 hour 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tablet extended release 24 hour 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tablet 100mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tablet 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>citalopram hydrobromide tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>clomipramine hydrochloride capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tablet 10mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>desipramine hydrochloride tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
DESVENLAFAXINE ER TABLET (GENERIC KHEDEZLA) EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días); HRM
<i>desvenlafaxine er tablet (generic Pristiq) extended release 24 hour 100mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>doxepin hcl capsule 75mg, oral concentrate 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>doxepin hydrochloride capsule 100mg, 10mg, 150mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20MG, 30MG, 60MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
DRIZALMA SPRINKLE CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>duloxetine hcl capsule 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>duloxetine hydrochloride capsule 20mg, 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
EMSAM	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>escitalopram oxalate tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 EA por 30 días) MO; HRM
FETZIMA TITRATION PACK	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120MG, 80MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
FETZIMA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20MG, 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>fluoxetine dr capsule delayed release 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride capsule 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>fluoxetine hydrochloride tablet (generic Prozac) 10mg, 20mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>imipramine hcl tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>imipramine hydrochloride tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
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 tablet 15mg, 30mg, 45mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tablet 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, oral solution 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>nortriptyline hydrochloride capsule 10mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paroxetine hcl er tablet extended release 24 hour 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl er tablet extended release 24 hour 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tablet 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tablet 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hcl tablet 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>paroxetine hydrochloride suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>sertraline hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hcl concentrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tablet 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>sertraline hydrochloride tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trazodone hydrochloride tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trazodone hydrochloride tablet 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trimipramine maleate capsule 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate capsule 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>trimipramine maleate capsule 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
TRINTELLIX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 112.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride tablet 100mg, 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 37.5mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>venlafaxine hydrochloride er capsule extended release 24 hour 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
VIIBRYD STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>vilazodone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ZURZUVAE CAPSULE 30MG	\$0 (Nivel 1)	QL (14 EA por 14 días) PA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZURZUVAE CAPSULE 20MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 14 días) PA; ACS
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl solution, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amantadine hcl capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benztropine mesylate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>bromocriptine mesylate capsule, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carbidopa tablet</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 tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 12mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tablet extended release 24 hour 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl immediate release tablet 0.25mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ropinirole hcl immediate release tablet 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>selegiline hcl capsule, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MANTENA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO; HRM
<i>aripiprazole odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>aripiprazole solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) MO; HRM

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARISTADA INITIO	\$0 (Nivel 1)	HRM
ARISTADA INJECTION 441MG/1.6ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.6 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INJECTION 662MG/2.4ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.4 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INJECTION 882MG/3.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.2 ML por 28 días); HRM
ARISTADA INJECTION 1064MG/3.9ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.9 ML por 56 días); HRM
<i>asenapine maleate sl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
CAPLYTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hcl injection 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
<i>chlorpromazine hcl injection 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride oral concentrate</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
<i>chlorpromazine hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
CLOZAPINE ODT TABLET DISINTEGRATING 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA; HRM
CLOZAPINE ODT TABLET DISINTEGRATING 150MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine odt tablet disintegrating 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; HRM
<i>clozapine odt tablet disintegrating 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA; HRM
<i>clozapine tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
<i>clozapine tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días); HRM
<i>clozapine tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días); HRM
FANAPT	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl concentrate, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>fluphenazine hcl injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>fluphenazine hydrochloride oral elixir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>haloperidol decanoate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>haloperidol lactate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>haloperidol tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>haloperidol concentrate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
INVEGA HAFYERA INJECTION 1092MG/3.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3.5 ML por 180 días); HRM
INVEGA HAFYERA INJECTION 1560MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (5 ML por 180 días); HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA SUSTENNA INJECTION 39MG/0.25ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.25 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INJECTION 78MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INJECTION 117MG/0.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.75 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INJECTION 156MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA SUSTENNA INJECTION 234MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.5 ML por 28 días) MO; HRM
INVEGA TRINZA INJECTION 273MG/0.88ML	\$0 (Nivel 1)	QL (0.88 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INJECTION 410MG/1.32ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.32 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INJECTION 546MG/1.75ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.75 ML por 90 días); HRM
INVEGA TRINZA INJECTION 819MG/2.63ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.63 ML por 90 días); HRM
<i>loxapine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tablet 120mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>lurasidone hydrochloride tablet 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>molindone hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
<i>molindone hydrochloride tablet 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
NUPLAZID	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS HRM
<i>olanzapine odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 EA por 1 día) MO; HRM
<i>olanzapine tablet 10mg, 15mg, 20mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>olanzapine tablet 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>paliperidone er tablet extended release 24 hour 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>perphenazine</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
PERSERIS	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días); HRM
<i>pimozide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate er tablet extended release 24 hour 300mg, 400mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>quetiapine fumarate tablet 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tablet 300mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>quetiapine fumarate tablet 100mg, 150mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLET 3MG, 4MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
REXULTI TABLET 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
RISPERDAL CONSTA INJECTION 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
RISPERDAL CONSTA INJECTION 37.5MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) MO; HRM
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone odt tablet disintegrating 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone odt tablet disintegrating 1mg, 2mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone odt tablet disintegrating 0.25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tablet 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>risperidone tablet 0.25mg, 0.5mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO; HRM
SECUADO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>thioridazine hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>thiothixene</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tablet 2mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hcl tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>trifluoperazine hydrochloride tablet 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
VERSACLOZ	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA; HRM
VRAYLAR CAPSULE THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
VRAYLAR CAPSULE 3MG, 4.5MG, 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
VRAYLAR CAPSULE 1.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone hcl capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>ziprasidone mesylate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 3 días) MO; HRM
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 210MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 405MG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS HRM
ZYPREXA RELPREVV INJECTION 300MG	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES ANTICONVULSIVOS		
APTIOM TABLET 200MG, 400MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
APTIOM TABLET 600MG, 800MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
BRIVIACT TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
BRIVIACT INJECTION	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine er capsule extended release 12 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>carbamazepine er tablet extended release 12 hour 200mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>carbamazepine tablet chewable, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>carbamazepine suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>clobazam suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>clobazam tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam odt tablet disintegrating 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tablet 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tablet 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>clorazepate dipotassium tablet 3.75mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
DIACOMIT CAPSULE 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT CAPSULE 250MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACKET 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACKET 250MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
<i>diazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DIAZEPAM RECTAL GEL	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>diazepam concentrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diazepam oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>diazepam injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 ML por 30 días) PA MO; HRM
DILANTIN	\$0 (Nivel 1)	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 (Nivel 1)	MO
DILANTIN-125	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium sprinkle capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium dr tablet delayed release</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>divalproex sodium er tablet extended release 24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EPIDIOLEX	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) PA LA; ACS
<i>epitol</i>	\$0 (Nivel 1)	HRM
EPRONTIA	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>ethosuximide capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ethosuximide solution</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 injection 100mg pe/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosphenytoin sodium injection 500mg pe/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FYCOMPA SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	QL (720 ML por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLET 2MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABLET 10MG, 12MG, 4MG, 6MG, 8MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>gabapentin capsule 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin capsule 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin capsule 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin tablet 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin tablet 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lacosamide oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide tablet 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tablet 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamotrigine immediate release tablet, chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lamotrigine odt tablet 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</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 injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levetiracetam oral solution, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methsuximide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NAYZILAM	\$0 (Nivel 1)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>oxcarbazepine suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>phenobarbital sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; HRM
<i>phenobarbital tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenobarbital elixir</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO; HRM
<i>phenytek</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin oral suspension, tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>phenytoin sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>phenytoin sodium extended release capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pregabalin capsule 100mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin capsule 225mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin capsule 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin solution</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 suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (480 c/u por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tablet 400mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
SPRITAM	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>subvenite tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>subvenite starter kit/blue</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; HRM
<i>tiagabine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate capsule sprinkle</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>topiramate tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>valproic acid capsule, oral solution</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; ACS
<i>vigadrone</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
<i>vigpoder</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
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
XCOPRI TABLET 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABLET 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ZONISADE	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>zonisamide capsule 100mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>zonisamide capsule 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
ZTALMY	\$0 (Nivel 1)	QL (1100 ML por 30 días) PA LA
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine capsule extended release 24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tablet 20mg</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>atomoxetine hydrochloride capsule 10mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine capsule 18mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine capsule 100mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine capsule 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er capsule extended release 24 hour 20mg, 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tablet 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour 10mg, 15mg, 25mg, 30mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tablet 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate immediate release tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine er tablet extended release 24 hour 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride tablet extended release 24 hour 1mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride tablet extended release 24 hour 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 extended release capsule 10mg, 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride extended release capsule 24 hour (generic Ritalin LA) 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour (generic Ritalin LA) 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er capsule extended release 24 hour (generic Ritalin LA) 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride cd er capsule extended release 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 18mg, 36mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 24 hour 27mg, 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TABLET EXTENDED RELEASE 45MG, 63MG, 72MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release (generic Concerta) 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tablet extended release 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride immediate release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tablet chewable</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride solution 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 tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
DAYVIGO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tablet 3mg, 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
HETLIOZ LQ ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	QL (158 ML por 30 días) PA LA
<i>tasimelteon</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
<i>temazepam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>triazolam tablet 0.125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>zolpidem tartrate immediate release tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO; HRM
MIGRAÑA		
AIMOVIG	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dihydroergotamine mesylate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution</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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NURTEC	\$0 (Nivel 1)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
QULIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tablet</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 injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (9 EA por 30 días) MO
UBRELVY	\$0 (Nivel 1)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
VARIOS		
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION KIT	\$0 (Nivel 1)	QL (84 EA por 365 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
AUSTEDO TABLET 12MG, 9MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
AUSTEDO TABLET 6MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
LITHIUM	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate capsule, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate er tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NUEDEXTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tablet extended release 24 hour 330mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er tablet extended release 24 hour 165mg, 82.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide immediate release tablet 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pyridostigmine bromide er tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>riluzole</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tetrabenazine tablet 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>tetrabenazine tablet 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA LA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AUBAGIO	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
AVONEX	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
AVONEX PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) PA; ACS
BETASERON	\$0 (Nivel 1)	QL (14 EA por 28 días) PA; ACS
COPAXONE INJECTION 40MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (12 ML por 28 días) PA; ACS
COPAXONE INJECTION 20MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) PA; ACS
<i>dalfampridine er</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>fingolimod</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
KESIMPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (6.4 ML por 365 días) PA LA; ACS
TECFIDERA STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 365 días) PA LA; ACS
TECFIDERA CAPSULE DELAYED RELEASE 120MG	\$0 (Nivel 1)	QL (14 EA por 7 días) PA LA; ACS
TECFIDERA CAPSULE DELAYED RELEASE 240MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
VUMERITY	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA LA; ACS
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>chlorzoxazone tablet 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tablet 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO; HRM
<i>dantrolene sodium capsule 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tizanidine hcl tablet 2mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tizanidine hydrochloride capsule 2mg, 4mg, 6mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil tablet 150mg, 200mg, 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tablet 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SODIUM OXYBATE	\$0 (Nivel 1)	QL (540 ML por 30 días) PA LA
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet 2mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl sublingual tablet</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tablet (smoking deterrent) extended release 12 hour 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>disulfiram</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naloxone hcl injection 2mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hcl injection 4mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naloxone hydrochloride nasal spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naloxone hydrochloride cartridge injection 0.4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>naloxone hydrochloride vial injection 0.4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naltrexone hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NICOTROL INHALER	\$0 (Nivel 1)	MO
NICOTROL NASAL SPRAY	\$0 (Nivel 1)	QL (360 ML por 365 días) MO
OPVEE	\$0 (Nivel 1)	
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	\$0 (Nivel 1)	PA MO
VARENICLINE TARTRATE TABLET 1MG, 0.5MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
VIVITROL	\$0 (Nivel 1)	ACS
ENDOCRINO Y ENDOCRINO		
ANDRÓGENOS		
<i>methyltestosterone capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>oxandrolone tablet 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>oxandrolone tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>testosterone cypionate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>testosterone enanthate injection</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		
ADMELOG	\$0 (Nivel 1)	MO
ADMELOG SOLOSTAR	\$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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 ULTRAFINE/0.5ML/30G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/1ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/NOVO PEN NEEDLE ULTRA-FINE	\$0 (Nivel 1)	MO
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/0.3ML/31G X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2" 12 PLY	\$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 MO
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
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

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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		
<i>acarbose tablet</i>	\$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 INJECTION 5MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.2 ML por 30 días) PA MO
BYETTA INJECTION 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
<i>glimepiride tablet 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tablet extended release 24 hour 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tablet extended release 24 hour 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tablet extended release 24 hour 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tablet 2.5mg; 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tablet 2.5mg, 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 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 1000MG; 100MG	\$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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 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	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 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 tablet extended release 24 hour (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 tablet 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tablet 1000mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tablet 850mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miplitol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
MOUNJARO INJECTION 10MG/0.5ML, 12.5MG/0.5ML, 15MG/0.5ML, 5MG/0.5ML, 7.5MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 ML por 28 días) PA MO
MOUNJARO INJECTION 2.5MG/0.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (4 ML por 365 días) PA MO
<i>nateglinide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INJECTION 2MG/1.5ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.5 ML por 28 días) PA
OZEMPIC INJECTION 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 28 días) PA MO
<i>pioglitazone hcl tablet 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
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tablet 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tablet 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tablet 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

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABLET 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABLET 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 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 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
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tablet 35mg, 70mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon nasal spray</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ibandronate sodium tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 90 días) MO
NATPARA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
PAMIDRONATE DISODIUM INJECTION 6MG/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>pamidronate disodium injection 30mg/10ml, 90mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
PROLIA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 180 días); ACS
<i>risedronate sodium dr tablet 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tablet 150mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tablet 30mg, 5mg</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>risedronate sodium tablet 35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
TERIPARATIDE INJ 620 MCG/2.48 ML (BRAND BY ALVOGEN)	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
XGEVA	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
ZOLEDRONIC ACID INJECTION 4MG/100ML	\$0 (Nivel 1)	ACS
<i>zoledronic acid injection 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
AGENTES QUELANTES		
CHEMET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>deferasirox packet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>deferasirox tablet soluble 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>deferasirox tablet soluble 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>deferasirox tablet 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>deferasirox tablet 180mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>deferasirox tablet 360mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>penicillamine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	ACS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sps oral suspension 15gm/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trientine hydrochloride capsule 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>trientine hydrochloride capsule 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
VELTASSA PACKET 16.8GM, 25.2GM	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
VELTASSA PACKET 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 eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela 1/20</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>aviane</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ayuna</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>azurette</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>charlotte 24 fe</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)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104	\$0 (Nivel 1)	MO
<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 tablet 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>elimest</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>eluryng</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
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty
 HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>falmina</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fayosim</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>femynor</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>finzala</i>	\$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)	MO
<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)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 1)	
LEENA	\$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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lessina</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonest</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levora 0.15/30-28</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>lojaimiess</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loryna</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lutra</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lyleq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lyza</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>marlissa</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate injection 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 tablet 0.35mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone & ethinyl estradiol ferrous fumarate chewable tablet 25mcg; 75mg; 0.8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tablet chewable, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tablet 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate chewable tablet 35mcg; 75mg; 0.4mg</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)	
OCELLA	\$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>reclipsen</i>	\$0 (Nivel 1)	
RIVELSA	\$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 eq</i>	\$0 (Nivel 1)	
TILIA FE	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri femynor</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-legest fe</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-linyah</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarylla</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<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>turqoz</i>	\$0 (Nivel 1)	
<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>wymzya fe</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>zumandimine</i>	\$0 (Nivel 1)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SYNAREL	\$0 (Nivel 1)	MO
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dotti patch twice weekly 0.025mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días)
<i>dotti patch twice weekly 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (8 EA por 28 días) MO
DUAVEE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol valerate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tablet 1mg/0.5mg, 0.5mg/0.1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>estradiol oral tablet</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>estradiol vaginal cream, vaginal tablet</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 tablet 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 injection vial 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection vial 100mg/10ml, 10mg/ml pf, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dexamethasone tablet, oral solution, oral elixir</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fludrocortisone acetate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone tablet 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylprednisolone acetate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone dose pack</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate injection 1000mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate injection 125mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>methylprednisolone tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisolone oral solution 15mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
PREDNISONE INTENSOL	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisone tablet</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>prednisone tablet therapy pack</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednisone solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
SOLU-CORTEF	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetate injection 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide oral suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE KIT	\$0 (Nivel 1)	MO
GVOKE PFS	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine injection 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; ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 90mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días); ACS
<i>cinacalcet hydrochloride tablet 60mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días); ACS
CYSTAGON	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>desmopressin acetate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate nasal solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate pf injection 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>desmopressin acetate injection 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 (Nivel 1)	
GENOTROPIN CARTRIDGE 12MG, 5MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.2MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
GENOTROPIN MINIQUICK INJECTION 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
INCRELEX	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>javygtor</i>	\$0 (Nivel 1)	PA LA
KORLYM	\$0 (Nivel 1)	PA LA
LEVOCARNITINE TABLET	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levocarnitine injection</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levocarnitine oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INJECTION 11.25MG, 15MG, 7.5MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INJECTION 11.25MG, 30MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INJECTION 45MG	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>methergine</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylergonovine maleate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mifepristone</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>nitisinone</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>octreotide acetate injection 100mcg/ml, 200mcg/ml, 50mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>octreotide acetate injection 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
SIGNIFOR INJECTION 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	\$0 (Nivel 1)	PA LA
<i>sodium phenylbutyrate tablet, oral powder</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
SOMAVERT INJECTION	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
<i>calcium acetate capsule, tablet 667mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>lanthanum carbonate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate tablet 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol acetate suspension 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>megestrol acetate suspension 625mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>norethindrone acetate tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>progesterone capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>progesterone injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levo-t</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>levothyroxine sodium tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVOTHYROXINE SODIUM INJECTION SOLUTION 100MCG/ML, 200MCG/5ML, 500MCG/5ML	\$0 (Nivel 1)	
LEVOTHYROXINE SODIUM INJECTION SOLUTION 100MCG/5ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>levoxyl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>liothyronine sodium tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>liothyronine sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>methimazole tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>propylthiouracil tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SYNTHROID	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>unithroid</i>	\$0 (Nivel 1)	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol capsule 0.25mcg, 0.5mcg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>calcitriol injection 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcitriol oral solution 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>doxercalciferol injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>paricalcitol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant capsule therapy pack, 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
DIMENHYDRINATE INJECTION	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>granisetron hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tablet 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide odt</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ondansetron hcl tablet 24mg</i>	\$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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ondansetron hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (900 ml cada 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride tablet 4mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ondansetron odt</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>prochlorperazine maleate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>prochlorperazine rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>promethazine hcl tablet 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>promethazine hcl injection, suppository</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride plain</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>promethazine hydrochloride tablet 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>promethegan suppository 12.5mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>promethegan suppository 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA; HRM
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; HRM
<i>trimethobenzamide hydrochloride capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride capsule, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>dicyclomine hydrochloride injection</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>glycopyrrolate tablet 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glycopyrrolate oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml (preservative free, prefilled syringe), 0.4mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>glycopyrrolate injection 0.2mg/ml (vial), 1mg/5ml, 4mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>methscopolamine bromide tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famotidine premixed injection 20mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>famotidine injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nizatidine</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

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 tablet extended release 24 hour 9mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>budesonide capsule delayed release particles 3mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone enema 100mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine dr capsule delayed release 400mg, tablet delayed release 1.2gm, 800mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine suppository</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mesalamine enema, kit</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfasalazine tablet, delayed release tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LAXANTES		
CLENPIQ SOLUTION 12GM/160ML; 3.5GM/160ML; 10MG/160ML	\$0 (Nivel 1)	
CLENPIQ SOLUTION 12GM/175ML; 3.5GM/175ML; 10MG/175ML	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>constulose</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enulose</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>generlac</i>	\$0 (Nivel 1)	
GOLYTELY	\$0 (Nivel 1)	MO
KRISTALOSE	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>lactulose oral solution (constipation)</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
PLENVU	\$0 (Nivel 1)	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE SOLUTION 1.6GM/177ML; 3.13GM/177ML; 17.5GM/177ML	\$0 (Nivel 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0 (Nivel 1)	MO
SUTAB	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100mg/5ml</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>diphenoxylate/atropine oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
GATTEX	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
LINZESS	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hcl capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>misoprostol tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
MOVANTIK TABLET 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABLET 12.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
SUCRALFATE SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sucralfate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ursodiol tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XERMELO	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
XIFAXAN TABLET 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 capsule delayed release</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>lansoprazole capsule delayed release 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole capsule delayed release 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (42 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr capsule delayed release 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr capsule delayed release 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium injection</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tablet delayed release 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium delayed release tablet 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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>finasteride tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin capsule 8mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin capsule 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetic acid 0.25% irrigation solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bethanechol chloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ELMIRON	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>potassium citrate er tablet extended release 540mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium citrate er tablet extended release 1080mg, 15meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>fesoterodine fumarate er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
GEMTESA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SUSPENSION RECONSTITUTED ER	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride er tablet extended release 24 hour 10mg, 15mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO; HRM
<i>oxybutynin chloride solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (600 ML por 30 días) MO; HRM
<i>solifenacin succinate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tolterodine tartrate er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO; HRM
<i>tropium chloride er capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 c/u por 30 días) MO; HRM
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>miconazole 3 vaginal suppository</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terconazole cream</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terconazole suppository</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 TABLET 2.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABLET 5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fondaparinux sodium injection 2.5mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fondaparinux sodium injection 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/4ML	\$0 (Nivel 1)	
FRAGMIN INJECTION 2500UNIT/0.2ML, 95000UNIT/3.8ML	\$0 (Nivel 1)	MO
FRAGMIN INJECTION 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML	\$0 (Nivel 1)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INJECTION 20000UNIT/500ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Nivel 1)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE INJECTION 25000UNIT/250ML (100UNIT/ML)	\$0 (Nivel 1)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
HEPARIN SODIUM INJECTION 5000UNIT/0.5ML, 5000UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>heparin sodium injection 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
XARELTO STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nivel 1)	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABLET 10MG, 15MG, 20MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABLET 2.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INJECTION 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROCRIT INJECTION 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
ZARXIO	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
VARIOS		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BERINERT	\$0 (Nivel 1)	QL (24 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>cilostazol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DOPTELET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
DROXIA	\$0 (Nivel 1)	MO
ENDARI PACKET FOR ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
HAEGARDA INJECTION 3000UNIT	\$0 (Nivel 1)	QL (20 EA por 30 días) PA LA; ACS
HAEGARDA INJECTION 2000UNIT	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>icatibant acetate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (27 ML por 30 días) PA; ACS
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PROMACTA PACKET 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (180 EA por 30 días) PA LA; ACS
PROMACTA PACKET 12.5MG	\$0 (Nivel 1)	QL (360 EA por 30 días) PA LA; ACS
PROMACTA TABLET 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA LA; ACS
PROMACTA TABLET 50MG, 75MG	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
<i>sajazir</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (27 ML por 30 días) PA LA
<i>tranexamic acid tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tranexamic acid injection</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 tablet 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>clopidogrel tablet 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 365 días) MO
<i>dipyridamole tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>prasugrel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ADALIMUMAB-AACF (2 PEN)	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
DUPIXENT INJECTION 100MG/0.67ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.34 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INJECTION 200MG/1.14ML	\$0 (Nivel 1)	QL (4.56 ML por 28 días) PA; ACS
DUPIXENT INJECTION 300MG/2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ENBREL	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL MINI	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
ENBREL SURECLICK	\$0 (Nivel 1)	QL (8 ML por 28 días) PA; ACS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
HUMIRA PEN INJECTION 80MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
HUMIRA PEN INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 28 días) PA; ACS
HUMIRA INJECTION 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 28 días) PA; ACS
HUMIRA INJECTION 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 EA por 28 días) PA; ACS
IDACIO (2 PEN)	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO (2 SYRINGE)	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 365 días) PA; ACS
IDACIO STARTER PACKAGE FOR CROHNS DISEASE	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
IDACIO STARTER PACKAGE FOR PLAQUE PSORIASIS	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
KEVZARA	\$0 (Nivel 1)	QL (2.28 ML por 28 días) PA; ACS
OTEZLA TABLET THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (110 EA por 365 días) PA; ACS
OTEZLA TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
RINVOQ	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
SKYRIZI PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INJECTION 180MG/1.2ML	\$0 (Nivel 1)	QL (1.2 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INJECTION 360MG/2.4ML	\$0 (Nivel 1)	QL (2.4 ML por 56 días) PA; ACS
SKYRIZI INJECTION 150MG/ML	\$0 (Nivel 1)	QL (6 ML por 365 días) PA; ACS
SKYRIZI INJECTION 600MG/10ML	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 365 días) PA; ACS
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML VIAL	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) PA LA; ACS
STELARA INJECTION 45MG/0.5ML PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	QL (0.5 ML por 28 días) PA; ACS
STELARA SC INJECTION 90MG/ML PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STELARA IV INJECTION 130MG/26ML	\$0 (Nivel 1)	QL (208 ML por 365 días) PA LA; ACS
TALTZ	\$0 (Nivel 1)	QL (3 ML por 28 días) PA LA; ACS
XELJANZ XR	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA; ACS
XELJANZ SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	QL (480 ML por 24 días) PA; ACS
XELJANZ TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA; ACS
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate tablet 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>leflunomide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate sodium tablet 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XATMEP	\$0 (Nivel 1)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
GAMASTAN	\$0 (Nivel 1)	B/D LA; ACS
GAMMAKED	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
GAMUNEX-C	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
OCTAGAM	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
PRIVIGEN	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ARCALYST	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
INMUNOSUPRESORES		
ASTAGRAF XL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5MG, 1MG	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
ASTAGRAF XL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5MG	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
AZATHIOPRINE INJECTION	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
BENLYSTA	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
<i>cyclosporine capsule, iv solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>cyclosporine modified capsule, modified oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>everolimus tablet 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>gengraf capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>gengraf solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil capsule, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil injection</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>mycophenolic acid delayed release tablet</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 SOLUTION	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>sirolimus tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>sirolimus solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>tacrolimus capsule 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)	
BEXSERO	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX	\$0 (Nivel 1)	
DAPTACEL	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAXIA	\$0 (Nivel 1)	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	\$0 (Nivel 1)	
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)	

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MENVEO	\$0 (Nivel 1)	
PEDIARIX	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB	\$0 (Nivel 1)	
PENBRAYA	\$0 (Nivel 1)	
PENTACEL	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIO	\$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)	
ROTATEQ	\$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)	
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		
<i>ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES</i>		
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.9%	\$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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 5%/NACL 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/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 1)	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers</i>	\$0 (Nivel 1)	
MAGNESIUM SULFATE INJECTION 20GM/500ML, 40GM/1000ML, 4GM/50ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>magnesium sulfate injection 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)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INJECTION 40MEQ/L; 0.9%	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride/sodium chloride injection 20meq/l; 0.45%, 20meq/l; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 1)	
POTASSIUM CHLORIDE INJECTION 0.4MEQ/ML, 10MEQ/100ML, 10MEQ/50ML, 20MEQ/100ML, 40MEQ/100ML	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride injection 2meq/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RINGERS INJECTION	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM BICARBONATE INJECTION 7.5%	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium bicarbonate injection 4.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium bicarbonate injection 8.4%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium chloride 0.45%</i>	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM CHLORIDE INJECTION 2.5MEQ/ ML, 5%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium chloride injection 0.9%, 3%, 4meq/ml</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TPN ELECTROLYTES	\$0 (Nivel 1)	B/D
<i>ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL</i>		
<i>adc/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>effer-k tablet effervescent 25meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluoride chewable tablet</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 effervescent tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
M-NATAL PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron drops</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>multivitamin/fluoride chewable tablet 1mg, 0.5mg, 0.25mg</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>potassium chloride er capsule extended release</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride er tablet extended release 15meq</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>potassium chloride er tablet extended release 10meq, 20meq, 8meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride packet 20meq</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>potassium chloride oral solution 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRENATAL	\$0 (Nivel 1)	MO
PRENATAL PLUS	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride solution 0.5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride tablet chewable 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tri-vite/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRICARE PRENATAL TABLET	\$0 (Nivel 1)	MO
WESTAB PLUS	\$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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>NUTRICIÓN INTRAVENOSA</i>		
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
DEXTROSE 70%	\$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
PROSOL	\$0 (Nivel 1)	B/D
TRAVASOL	\$0 (Nivel 1)	B/D
TROPHAMINE	\$0 (Nivel 1)	B/D
OFTÁLMICO		
<i>ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS</i>		
<i>neo-polycin hc ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone ophthalmic suspension, ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TOBRADEX OINTMENT	\$0 (Nivel 1)	MO
TOBRADEX ST SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tobramycin/dexamethasone ophthalmic suspension</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYLET	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500units/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>bacitracin/polymyxin b ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BESIVANCE	\$0 (Nivel 1)	MO
CILOXAN OINTMENT	\$0 (Nivel 1)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride ophthalmic solution 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin ointment 5mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin ophthalmic solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin ophthalmic solution 1.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin ophthalmic solution 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<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 ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin ophthalmic solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin ophthalmic ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfacetamide sodium ointment 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin solution 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 (Nivel 1)	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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
EYSUVIS	\$0 (Nivel 1)	MO
FLAREX	\$0 (Nivel 1)	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LOTEMAX OINTMENT	\$0 (Nivel 1)	MO
LOTEMAX SM GEL 0.38%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPTHALMIC SOLUTION 1%	\$0 (Nivel 1)	MO
PROLENSA	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olopatadine hydrochloride ophthalmic solution 0.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZERVIAE	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTI GLAUCOMA		
<i>betaxolol hcl solution 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BETOPTIC-S	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brimonidine tartrate/timolol maleate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BRIMONIDINE TARTRATE SOLUTION 0.15%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>brimonidine tartrate solution 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

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate soln 2%-0.5% preservative free</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>latanoprost ophthalmic solution</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 solution</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
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (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 OPHTHALMIC SOLUTION 1%	\$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 solution 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CIPRO HC	\$0 (Nivel 1)	MO
CIPROFLOXACIN OTIC SOLUTION 0.2%	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>flac otic oil</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01%</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone/acetic acid otic solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc otic solution 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic suspension 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ofloxacin otic solution 0.3%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
RESPIRATORIOS		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/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 nebulized solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
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
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ML por 28 días) MO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 ML por 30 días) MO
ANTIHIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride nasal solution 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 ml cada 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
CARBINOXAMINE MALEATE TABLET 6MG	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tablet 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride oral solution 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tablet 2.68mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>cyproheptadine hydrochloride tablet 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>desloratadine tablet 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine oral dissolving tablet 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hcl injection</i>	\$0 (Nivel 1)	MO; HRM
<i>hydroxyzine hcl tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>hydroxyzine hydrochloride injection, syrup 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydroxyzine pamoate capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO; HRM
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30.5 GM por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate hfa (generic Proventil HFA) aerosol solution 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (13.4 GM por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic ProAir HFA) aerosol solution 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (17 g cada 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic Ventolin HFA) aerosol solution 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (36 GM por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate nebulization solution</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>albuterol sulfate syrup, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.63mg/3ml, 1.25mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>levalbuterol hcl nebulization solution 0.31mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>levalbuterol nebulization solution 1.25mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
SEREVENT DISKUS	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate injection, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VENTOLIN HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (36 GM por 30 días) MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium tablet chewable, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium packet</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 solution 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 (Nivel 1)	
BRONCHITOL	\$0 (Nivel 1)	QL (560 EA por 28 días) PA LA; ACS
BRONCHITOL TOLERANCE TEST	\$0 (Nivel 1)	QL (560 EA por 28 días) PA LA; ACS
<i>cromolyn sodium nebulization solution 20mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>epinephrine injection 0.15mg/0.3ml, 0.15mg/0.15ml, 0.3mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 EA por 30 días) MO
FASENRA	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA LA; ACS
FASENRA PEN	\$0 (Nivel 1)	QL (1 ML por 28 días) PA LA; ACS

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
KALYDECO PACKET	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
KALYDECO TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
OFEV	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) PA LA; ACS
ORKAMBI TABLET	\$0 (Nivel 1)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
ORKAMBI PACKET	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
<i>pirfenidone capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tablet 267mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (270 EA por 30 días) PA; ACS
<i>pirfenidone tablet 534mg, 801mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA; ACS
PROLASTIN-C	\$0 (Nivel 1)	PA LA
PULMOZYME	\$0 (Nivel 1)	PA; ACS
<i>roflumilast</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline er tablet extended release 24 hour 400mg, 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 100mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>theophylline er tablet extended release 12 hour 300mg, 450mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>theophylline oral solution</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRIKAFTA THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (56 EA por 28 días) PA LA
TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK	\$0 (Nivel 1)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
XOLAIR	\$0 (Nivel 1)	PA LA; ACS
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide nasal spray 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate suspension 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (16 GM por 30 días) MO
<i>mometasone furoate suspension 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (34 GM por 30 días) MO
XHANCE	\$0 (Nivel 1)	QL (32 ML por 30 días) PA MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ARNUITY ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide suspension 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
FLOVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
FLOVENT DISKUS AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250MCG/BLIST	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
FLOVENT HFA AEROSOL 44MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (21.2 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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLOVENT HFA AEROSOL 110MCG/ACT, 220MCG/ACT	\$0 (Nivel 1)	QL (24 G por 30 días) MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
ADVAIR HFA	\$0 (Nivel 1)	QL (12 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>brey-na</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10.3 GM por 30 días) MO
<i>budesonide/formoterol fumarate dihydrate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10.2 GM por 30 días) MO
DULERA	\$0 (Nivel 1)	QL (13 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate/salmeterol diskus</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>wixela inhub</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>ac-cutane</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>am-nesteem</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>claravis</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>clindacin foam</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 lotion 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate external solution 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 solution 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin</i>	\$0 (Nivel 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium lotion 10%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
TRETINOIN MICROSPHERE GEL 0.04%, 0.1%	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) PA MO
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP 0.04%, 0.1%	\$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 ointment 0.1%</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mafenide acetate packet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mupirocin ointment</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 shampoo</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox suspension</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 solution 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>klayesta</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
<i>naftifine hcl cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>nyamyc powder</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 ointment 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin powder 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop powder</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin</i>	\$0 (Nivel 1)	PA MO
<i>calcipotriene cream, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene solution</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
CALCITRIOL OINTMENT 3MCG/GM	\$0 (Nivel 1)	QL (800 GM por 28 días) PA MO
<i>methoxsalen capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tazarotene gel</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 g por 30 días) PA MO
<i>tazarotene cream</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA MO
TAZORAC CREAM 0.05%	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G 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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole shampoo 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>selenium sulfide lotion 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ala-cort cream 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 GM por 30 días)
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented cream</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>betamethasone dipropionate lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone dipropionate cream, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone valerate cream, lotion, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betamethasone valerate foam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 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 emollient cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate foam</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate shampoo</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate spray liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (125 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate cream, gel, ointment</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 lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>desonide cream, gel, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone cream, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desrx</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</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 cream 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide cream 0.01%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide ointment 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide solution 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

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fluticasone propionate lotion 0.05%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate ointment 0.005%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>halobetasol propionate cream</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>halobetasol propionate ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate solution</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate ointment 0.2%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone cream 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone lotion 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone ointment 1%, 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate cream 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mometasone furoate ointment 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>mometasone furoate solution 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>prednicarbate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>proctosol hc cream 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	
TEXACORT	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>tovet</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (100 G por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide aerosol spray 0.147mg/gm</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide cream 0.025%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide cream 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (454 GM por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide lotion 0.025%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide ointment 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 ointment</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (35.44 GM por 30 días) PA MO
<i>lidocaine patch</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>lidocan iii</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>ammonium lactate cream, lotion</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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<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; ACS
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (1000 GM por 30 días) MO
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREAM 5%	\$0 (Nivel 1)	QL (45 G por 30 días) PA MO
DOXYCYCLINE CAPSULE DELAYED RELEASE 40MG	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FINACEA FOAM	\$0 (Nivel 1)	QL (50 G por 30 días) MO
FLUOROURACIL CREAM 0.5%	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil cream 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (40 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil topical solution 2%, 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
IMIQUIMOD PUMP	\$0 (Nivel 1)	QL (15 GM por 28 días) MO
<i>imiquimod cream 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod cream 3.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole cream 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 lotion 0.75%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NORITATE	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) MO
ORACEA	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PANRETIN	\$0 (Nivel 1)	QL (60 G por 30 días) PA
<i>podofilox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>proctozone-hc</i>	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>tacrolimus ointment 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		
REGANEX	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) PA MO
SANTYL	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium chloride 0.9% irrigation soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sterile water for irrigation</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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
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 troche 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 solution 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nystatin suspension 100000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>oralone dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sf gel 1.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm dry mouth gel</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium fluoride gel 1.1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
NO DE LA PARTE D DE MEDICARE		
De venta libre		
<i>a&d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>a+d prevent</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acetaminophen er 8 hour arthritis pain relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acetaminophen extra strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acetaminophen junior strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acidophilus lactobacilli</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acidophilus/l-sporogenes extra strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acidophilus/pectin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acne medication 10 gel</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ACNE MEDICATION 10 LOTION	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>acne medication 2.5</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>acne medication 5 gel</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ACNE MEDICATION 5 LOTION	\$0 (Nivel 1)	OTC
ACTIVNUTRIENTS	\$0 (Nivel 1)	OTC
ALAHIST D	\$0 (Nivel 1)	OTC
ALBUSTIX	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>allergy childrens</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aluminum/magnesium/simethicone</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ammonium lactate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>animal chews</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ANIMAL SHAPES/IRON	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>antacid extra strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>antacid plus anti-gas relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>anti-dandruff shampoo</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>antifungal</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>antifungal powder</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>anti-itch maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aquanil hc</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>arthritis pain relieving</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>artificial tears</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ascorbic acid</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aspirin 81</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aspirin 81 low dose</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aspirin regular strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ASPIRIN SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>aspirin tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>bacitracin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>b-complex/c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
BD GLUCOSE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>benzoyl peroxide creamy wash</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>benzoyl peroxide wash</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
BENZYL ALCOHOL	\$0 (Nivel 1)	OTC
BENZYL BENZOATE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>bisacodyl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>bisacodyl ec</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>bismuth subsalicylate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
BLOOD ORANGE OS	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BUFFERIN	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>butenafine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>c-500</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
CALAMINE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcidol</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 500 + d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 500/vitamin d3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 500+d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 600</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 600 + minerals</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium 600+d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium carbonate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium polycarbophil</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium tablet 1500mg, 600mg</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
CALCIUM TABLET 500MG	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium/vitamin d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>calcium+d3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>capsaicin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
CASTOR OIL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>castor oil stimulant laxative</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cerovite jr</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cetirizine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cetirizine hydrochloride solution 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cetirizine hydrochloride solution 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cetirizine hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cetirizine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
CHEMSTRIP 2 LN STRIPS	\$0 (Nivel 1)	OTC
CHEMSTRIP 9 STRIPS	\$0 (Nivel 1)	OTC
CHEMSTRIP UGK	\$0 (Nivel 1)	OTC
CHERRY SYRUP	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>childrens animal shapes complete</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>children's chewable acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHLOPHEDIANOL/ DEXCHLOPHENIRAMINE./ PSEUDOEPHEDRINE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>chlorpheniramine maleate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cimetidine 200</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>clotrimazole antifungal</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>clotrimazole cream 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>clotrimazole cream 2%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>clotrimazole solution</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>co-enzyme q 10</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>coenzyme q-10</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>co-enzyme q-10</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>coenzyme q-10/high poten cy</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cold & cough childrens</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>corn and callus remover</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
COTTONSEED OIL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cromolyn sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cvs lubricating eye drops/dry eye</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cvs natural tears pf</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cvs olopatadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>cvs sleep-aid nighttime</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>d 1000</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>d3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>d3-50</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>daily vitamin formula</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>daily-vite</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>dextromethorphan polistirex</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>dextromethorphan/guafifenesin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>dextromethorphan/guafifenesin/phenylephrine</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
DHS TAR	\$0 (Nivel 1)	OTC
DIASTIX	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>diphenhydramine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>diphenhydramine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>docusate calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>docusate sodium capsule, liquid, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
DOCUSATE SODIUM SYRUP	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dry eye relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>dry eye relief drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
D-VI-SOL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ear drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>easy-lax plus</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
EMPTY CAPSULE SIZE 000 WHITE/OPAQUE LOCKING	\$0 (Nivel 1)	OTC
ENCARE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>enema disposable</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ENVIVE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>eq laxative</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>eq acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>esomeprazole magnesium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
ETHYL OLEATE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>eye allergy itch/redness relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>eye allergy relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>famotidine tablet 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>famotidine tablet 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nivel 1)	OTC
FERRETT'S CHEWABLE IRON	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrocite</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrous fumarate 324</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrous gluconate tablet 240mg, 324mg</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FERROUS GLUCONATE TABLET 324MG	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrous sulfate solution, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FERROUS SULFATE TABLET DELAYED RELEASE 324MG	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325mg</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>fexofenadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>fexofenadine hydrochloride/pseudoephedrine hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>fiber</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FISH OIL TRIPLE STRENGTH	\$0 (Nivel 1)	OTC
FLAVORX	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>floranex</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FLORANEX ONE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>fluticasone propionate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>folic acid</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
FORA GTEL BLOOD KETONE TEST STRIPS	\$0 (Nivel 1)	OTC
GENTEAL SEVERE	\$0 (Nivel 1)	OTC
GENTEAL SEVERE TEARS	\$0 (Nivel 1)	OTC
GENTEAL TEARS MODERATE PF	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gentle laxative</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
GLUCOSE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>glutose 15</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>glutose 45</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>glutose 5</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>glycerin adult</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
GLYCERIN DOES NOT APPLY LIQUID	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>glycerin external liquid</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp anorectal instant relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp antibiotic + pain relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp childrens chewables/extra c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp childrens chewables/iron</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp essential one daily</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp eye drops dry eye relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp headache relief extra strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp little ones childrens</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp miconazole 1 combination pack</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp migraine relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp olopatadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>gnp vitamin a & d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
GOOD START SUPREME STERILE WATER	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>goodsense miconazole 1</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>goodsense migraine formula</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>guaifenesin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>guaifenesin er</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>guaifenesin/codeine</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>guaifenesin/dextromethorphan</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guaifenesin/dextromethorphan hydrobromide</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
GYNOL II	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>headache formula</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>headache relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>headache relief/extra strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hemorrhoidal relief cream</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hm dry eye relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hm eye allergy itch/redness relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hm eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hm migraine relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrocortisone cream 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
HYDROCORTISONE CREAM 1%	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrocortisone lotion</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrocortisone ointment 0.5%, 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrocortisone ointment 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrocortisone/aloe</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>hydrolatum</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ibuprofen capsule, tablet chewable, tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ibuprofen infants</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ibuprofen junior strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ibuprofen suspension</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
INSTA-GLUCOSE	\$0 (Nivel 1)	OTC
IRON	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>iron 100 plus</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
IRON CHEWS PEDIATRIC	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>jock itch spray powder</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
KERI NOURISHING SHEA BUTTER	\$0 (Nivel 1)	OTC
KETOSTIX	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ketotifen fumarate solution 0.025%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ketotifen fumarate solution 0.035%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>kp omega-3 fish oil</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
LACTOSE MONOHYDRATE	\$0 (Nivel 1)	OTC
LAMISIL AT	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lansoprazole</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>laxative</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>levonorgestrel</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lice killing maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lice treatment</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lice treatment creme rinse</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lidocaine</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lidocaine 5%</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lidocaine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lidocaine pain relief patch</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loperamide hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
LOPERAMIDE HYDROCHLORIDE SUSPENSION	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loperamide hydrochloride tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loratadine</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loratadine allergy relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loratadine childrens</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loratadine-d 12hr</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>loratadine-d 24hr</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>lubricant eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>magnesium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>magnesium citrate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>magnesium oxide</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
M-CLEAR WC	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>meclizine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>meclizine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>medi-first aspirin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>medi-first ibuprofen</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>medi-paste</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>medique aspirin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>melatonin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>melatonin maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>miconazole 1</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>miconazole 3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>miconazole 3 combination pack</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>miconazole 3 combo pack</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>miconazole nitrate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>migraine relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>milk of magnesia</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 ACS: disponible en farmacias CVS Specialty HRM: medicamento de alto riesgo OTC: productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>mucus d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>mucus relief dm</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>mucus relief dm maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>mucus relief maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>mucus relief severe congestion & cough</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multi vitamin/minerals full spectrum</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
MULTIVITAMIN W/IRON/INFANT/TODDLER	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multivitamin with fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multi-vitamin/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multivitamins</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multivitamins plus zinc</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>multi-vitamins/iron</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>naproxen sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>nasal spray 12 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>natural fiber</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>natural vitamin d-3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>niacin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>niacin timed release</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>niacin tr</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>nicotine</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>nicotine polacrilex</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM KIT	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>nicotine transdermal system patch 24 hour</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
OLIVE OIL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>olopatadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>omega-3 fish oil</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>omega-3 fish oil maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>omeprazole</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>omeprazole magnesium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
OPTIONS GYNOL II VAGINAL CONTRACEPTIVE	\$0 (Nivel 1)	OTC
ORAL SUSPEND	\$0 (Nivel 1)	OTC
ORAL SYRUP FLAVORED VEHICLE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>os-cal calcium + d3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>oyster shell calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pain reliever plus</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>panoxyl creamy wash</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>panoxyl foaming wash</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
PATADAY EXTRA STRENGTH	\$0 (Nivel 1)	OTC
PCCA-PLUS	\$0 (Nivel 1)	OTC
PETROLATUM	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>phenazopyridine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>phenylephrine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>polyethylene glycol 3350</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
POLYSPORIN	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>polyvinyl alcohol 1.4% lubricating eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
POLY-VI-SOL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>pramoxine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
PREMIUM CONDOMS LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	OTC
PROBITROL	\$0 (Nivel 1)	OTC
PROMEROL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>pronutrients vitamin d3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>pseudoephedrine hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>pseudoephedrine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>pyridoxine hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc calcium/minerals/vitamin d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc childrens chewable complete</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc childrens chewable vitamins/extra c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc childrens chewable vitamins/iron</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc essentials</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>qc headache relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
RASPBERRY SYRUP	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>rectasmoothe</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH DIGITAL	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH LIQUIGEL	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH OPTIVE	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH OPTIVE ADVANCED	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH PLUS	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH RELIEVA PF	\$0 (Nivel 1)	OTC
REFRESH TEARS	\$0 (Nivel 1)	OTC
RISAQUAD	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RISAQUAD-2	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>saline nasal gel</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>saline nasal spray infants/childrens</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sea-omega</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>senna smooth</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
SENNA SYRUP 176MG/5ML	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>senna syrup 8.8mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>senna tablet</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
SESAME OIL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>simethicone</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
SIMPLE SYRUP	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm acidophilus</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm animal shapes complete</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm animal shapes kids first</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm antibiotic plus pain relief maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm chewable c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm dry eye relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm eye drops</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm melatonin</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm migraine relief</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm multiple vitamins essential</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
SM SLOW RELEASE IRON	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm vit c/rose hips</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm vitamin c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sodium bicarbonate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>soothe</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>soothe maximum strength</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
SORBITOL	\$0 (Nivel 1)	OTC
SORBOLENE	\$0 (Nivel 1)	OTC
STEVIA	\$0 (Nivel 1)	OTC
STEVIA EXTRACT POWDER 0	\$0 (Nivel 1)	OTC
STEVIA EXTRACT POWDER 90%	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>stool softener</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>stress formula</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>sudogest</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYRSPEND SF	\$0 (Nivel 1)	OTC
SYRUP VEHICLE	\$0 (Nivel 1)	OTC
SYSTANE	\$0 (Nivel 1)	OTC
SYSTANE COMPLETE	\$0 (Nivel 1)	OTC
SYSTANE GEL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>tab-a-vite</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>tab-a-vite w/beta carotene</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>tgt psyllium fiber</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
THERA	\$0 (Nivel 1)	OTC
THERANATAL CORE NUTRITION	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>therapeutic shampoo</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
TINACTIN	\$0 (Nivel 1)	OTC
TODAY SPONGE	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>tolnaftate</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>triamcinolone acetonide</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>triple antibiotic</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>triprolidine hci</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>triprolidine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nivel 1)	OTC
TRUSTEX/RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nivel 1)	OTC
TUMS	\$0 (Nivel 1)	OTC
TUMS EXTRA STRENGTH 750	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ultra-mega</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>urea</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>urea 20 intensive hydrating cream</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>ureacin-20</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
VANACOF	\$0 (Nivel 1)	OTC
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FILM	\$0 (Nivel 1)	OTC
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVE FOAM	\$0 (Nivel 1)	OTC
VCF VAGINAL CONTRACEPTIVEGEL	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin a & d</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin b-1</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin b-12</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin b-6</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin c</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vitamin d 400</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin d-3</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamin d3 capsule</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
VITAMIN D3 TABLET DISINTEGRATING	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>vitamins a/c/d/fluoride</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC
WOMENS 50 BILLION	\$0 (Nivel 1)	OTC
XANTHAN GUM	\$0 (Nivel 1)	OTC
<i>zinc oxide</i>	\$0 (Nivel 1)	OTC

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 **ACS:** disponible en farmacias CVS Specialty **HRM:** medicamento de alto riesgo **OTC:** productos de venta libre

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>	19, 20	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	41
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	20	ALREX	85
ABELCET.....	18	<i>altavera</i>	62
ABILIFY MAINTENA.....	45	ALUNBRIG.....	28
<i>abiraterone acetate</i>	27	<i>alyacen 1/35</i>	62
ABRYSVO.....	80	<i>alyacen 7/7/7</i>	62
<i>acamprosate calcium dr</i>	56	<i>alyq</i>	40
<i>acarbose</i>	59	<i>amabelz</i>	67
<i>accutane</i>	91	<i>amantadine</i>	45
<i>acebutolol hydrochloride</i>	37	<i>ambrisentan</i>	41
<i>acetaminophen</i>	14	<i>amethia</i>	62
<i>acetazolamide</i>	39	<i>amethyst</i>	62
<i>acetic acid</i>	75	<i>amikacin</i>	16
<i>acetic acid otic</i>	87	<i>amiloride hcl</i>	39
<i>acetylcysteine</i>	69, 89	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	39
<i>acitretin</i>	92	<i>aminophylline</i>	89
ACTHIB.....	80	<i>amiodarone</i>	35
ACTIMMUNE.....	79	<i>amitriptyline</i>	42
<i>acyclovir</i>	21, 22	<i>amlodipine besylate</i>	33, 34, 38, 39
<i>acyclovir sodium</i>	22	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	39
ADACEL	80	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	33
ADALIMUMAB.....	77	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	34
<i>adc/fluoride</i>	83	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	34
<i>adefovir dipivoxil</i>	22	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	35
ADEMPAS.....	40	<i>ammonium</i>	94
ADMELOG.....	57	<i>amnesteam</i>	91
ADVAIR HFA.....	91	<i>amoxapine</i>	42
<i>afirmelle</i>	62	<i>amoxicillin</i>	25
AIMOVIG.....	54	<i>amoxicillin/clavulanate</i>	24, 25, 52
AKEEGA	27	<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	52
<i>ala-cort</i>	93	<i>amphotericin b</i>	18
<i>albendazole</i>	15	<i>amphotericin b liposome</i>	18
<i>albuterol sulfate</i>	89	<i>ampicillin</i>	25
<i>alclometasone dipropionate</i>	93	<i>ampicillin-sulbactam</i>	25
ALECENSA.....	28	<i>ampicillin/sulbactam</i>	25
<i>alendronate</i>	61	<i>anagrelide hydrochloride</i>	77
<i>alfuzosin hcl</i>	74	<i>anastrozole</i>	27
<i>aliskiren</i>	39	ANORO ELLIPTA.....	88
<i>allopurinol</i>	12	<i>aprepitant</i>	71
<i>alose tron hydrochloride</i>	73	<i>apri</i>	62
<i>alprazolam</i>	41	APTIOM	49
		APTIVUS.....	19

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>aranelle</i>	62	B	
ARCALYST	79	<i>bacitracin</i>	85
AREXVY	80	<i>bacitracin/polymyxin</i>	85
<i>aripiprazole</i>	45	<i>baclofen</i>	56
<i>aripiprazole odt</i>	45	<i>balsalazide disodium</i>	73
ARISTADA	46	BALVERSA	28
ARISTADA INITIO	46	<i>balziva</i>	63
<i>armodafinil</i>	56	BARACLUDE	22
ARNUITY ELLIPTA	90	BASAGLAR KWIKPEN	58
<i>asenapine maleate sl</i>	46	BCG VACCINE	80
<i>ashlyna</i>	62	BD ALCOHOL SWABS	58
ASPARLAS	28	BD INSULIN SYRINGE	58
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	77	BD/NOVO PEN NEEDLE	58
ASTAGRAF	79	BD VEO	58
<i>atazanavir sulfate</i>	19	<i>benazepril</i>	34
<i>atenolol</i>	37	<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	34
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	37	BENLYSTA	79
<i>atomoxetine</i>	53	<i>benztropine</i>	45
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	53	BERINERT	77
<i>atorvastatin calcium</i>	36	BESIVANCE	85
<i>atovaquone</i>	16	BESREMI	28
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	18	<i>betaine anhydrous</i>	69
ATROPINE	87	<i>betamethasone</i>	93
ATROVENT HFA	88	<i>betamethasone valerate</i>	93
AUBAGIO	56	BETASERON	56
<i>aubra eq</i>	62	<i>betaxolol</i>	37, 86
AUGTYRO	28	<i>bethanechol</i>	75
<i>aurovela</i>	62	BETOPTIC-S	86
<i>aurovela 1.5/30</i>	62	BEVESPI AEROSPHERE	88
<i>aurovela 24 fe</i>	62	<i>bexarotene</i>	28, 95
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	62	BEXSERO	80
<i>aurovela fe 1/20</i>	63	<i>bicalutamide</i>	27
AUSTEDO	55	BICILLIN L-A	25
AUSTEDO XR	55	BIKTARVY	20
AUVELITY	42	<i>bisoprolol fumarate</i>	37
<i>aviane</i>	63	<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	37
AVONEX	56	<i>blisovi 24 fe</i>	63
<i>ayuna</i>	63	<i>blisovi fe 1.5/30</i>	63
AYVAKIT	28	<i>blisovi fe 1/20</i>	63
<i>azathioprine</i>	79	BOOSTRIX	80
AZATHIOPRINE	79	<i>bosentan</i>	41
<i>azelaic acid</i>	95	BOSULIF	28
<i>azelastine</i>	86, 88	BRAFTOVI	28
<i>azithromycin</i>	24	BREO	91
AZITHROMYCIN	23	<i>breyana</i>	91
<i>aztreonam</i>	16	BREZTRI AEROSPHERE	88
<i>azurette</i>	63	<i>briellyn</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BRILINTA	77	CARBINOXAMINE.....	88
<i>brimonidine</i>	86	<i>carglumic acid</i>	69
BRIMONIDINE.....	86	<i>carteolol hcl</i>	86
<i>brinzolamide</i>	86	<i>cartia xt</i>	38
BRIVIACT.....	49	<i>carvedilol</i>	37
<i>bromfenac</i>	85	<i>carvedilol phosphate</i>	37
<i>bromocriptine</i>	45	<i>caspofungin</i>	18
BROMSITE	85	CAYSTON	16
BRONCHITOL.....	89	<i>cefaclor</i>	22
BRUKINSA	28	CEFACTOR ER.....	22
<i>budesonide</i>	73, 90, 91	<i>cefadroxil</i>	22
<i>bumetanide</i>	39	<i>cefazolin</i>	23
<i>buprenorphine</i>	13, 56	CEFAZOLIN.....	23
<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride</i>	57	<i>cefdinir</i>	23
<i>bupropion</i>	42	<i>cefepime</i>	23
<i>bupropion hydrochloride</i>	42, 57	<i>cefixime</i>	23
<i>buspirone</i>	41	<i>cefotetan</i>	23
<i>butorphanol</i>	14	<i>cefpodoxime proxetil</i>	23
BYDUREON BCISE.....	59	<i>cefprozil</i>	23
BYETTA	59	<i>ceftazidime</i>	23
C		CEFTAZIDIME/DEXTROSE	23
<i>cabergoline</i>	69	<i>ceftriaxone</i>	23
CABOMETYX	28	CEFTRIAZONE.....	23
<i>calcipotriene</i>	92	<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	23
<i>calcitonin-salmon</i>	61	<i>cefuroxime</i>	23
<i>calcitrene</i>	92	<i>celecoxib</i>	12
<i>calcitriol</i>	71	<i>cephalexin</i>	23
CALCITRIOL.....	92	CERDELGA	69
<i>calcium</i>	70	<i>cetirizine hydrochloride</i>	88
CALQUENCE	28	<i>cevimeline hydrochloride</i>	96
<i>camila</i>	63	<i>charlotte 24 fe</i>	63
CAMRESE.....	63	<i>chateal eq</i>	63
CAMRESE LO	63	CHEMET	62
<i>candesartan</i>	35	<i>chloramphenicol sodium succinate</i>	16
<i>candesartan cilexetil</i>	35	<i>chlordiazepoxide</i>	41
CAPLYTA.....	46	<i>chlorhexidine gluconate</i>	96
CAPRELSA	28, 29	<i>chloroquine phosphate</i>	19
<i>captopril</i>	34	<i>chlorpromazine</i>	46
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>chlorthalidone</i>	39
<i>carbamazepine</i>	49	<i>chlorzoxazone</i>	56
<i>carbidopa</i>	45	<i>cholestyramine</i>	36, 37
<i>carbidopa/levodopa</i>	45	<i>cholestyramine light</i>	37
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	45	<i>ciclopirox</i>	92
<i>carbidopa/levodopa er</i>	45	<i>cilostazol</i>	77
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	45	CILOXAN.....	85
<i>carbinoxamine</i>	88	CIMDUO	20
		<i>cimetidine</i>	72

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>cinacalcet</i>	69	COMBIVENT RESPIMAT.....	88
<i>ciprofloxacin</i>	24, 85	COMETRIQ.....	29
CIPROFLOXACIN.....	87	COMPLERA.....	20
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	87	<i>compro</i>	71
CIPRO HC.....	87	<i>constulose</i>	73
<i>citalopram</i>	42	COPAXONE.....	56
<i>claravis</i>	91	COPIKTRA.....	29
<i>clarithromycin</i>	24	CORLANOR.....	40
<i>clemastine</i>	88	COTELLIC.....	29
CLENPIQ.....	73	CREON.....	74
<i>clindacin</i>	91	<i>cromolyn</i>	73, 86, 89
<i>clindamycin</i>	16, 75, 91	<i>cryselle-28</i>	63
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>	16	CURITY.....	58
<i>clindamycin phosphate</i>	91	<i>cyclobenzaprine</i>	56
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	16	<i>cyclophosphamide</i>	26
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	16	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	26
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	84	<i>cycloserine</i>	21
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	84	<i>cyclosporine</i>	79
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	84	<i>cyproheptadine</i>	88
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	84	<i>cyproheptadine hcl</i>	88
CLINIMIX 6/5.....	84	<i>cyred</i>	63
CLINIMIX 8/10.....	84	<i>cyred eq</i>	63
CLINIMIX 8/14.....	84	CYSTAGON.....	69
<i>clinisol sf 15%</i>	84	CYSTARAN.....	87
CLINOLIPID.....	84		
<i>clinpro 5000</i>	96	D	
<i>clobazam</i>	49	<i>dabigatran etexilate</i>	76
<i>clobetasol</i>	93	<i>dalfampridine er</i>	56
<i>clobetasol propionate</i>	93	<i>danazol</i>	67
<i>clobetasol propionate emollient</i>	93	<i>dantrolene</i>	56
<i>clodan</i>	93	<i>dapsone</i>	16, 91
<i>clomipramine</i>	42	DAPTACEL.....	80
<i>clonazepam</i>	49	<i>daptomycin</i>	16
<i>clonidine</i>	39, 40	DAPTOMYCIN.....	16
<i>clopidogrel</i>	77	<i>darunavir</i>	19
<i>clorazepate</i>	49	<i>dasetta 1/35</i>	63
<i>clotrimazole</i>	92, 96	<i>dasetta 7/7/7</i>	63
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	92	DAURISMO.....	29
<i>clozapine</i>	46	<i>daysee</i>	63
CLOZAPINE.....	46	DAYVIGO.....	54
COARTEM.....	19	<i>deblitane</i>	63
CODEINE.....	14	<i>deferasirox</i>	62
<i>colchicine</i>	12	DELSTRIGO.....	20
<i>colesevelam</i>	37	<i>delyla</i>	63
<i>colestipol hcl</i>	37	DENG VAXIA.....	80
<i>colistimethate sodium</i>	16	<i>dentagel</i>	96
COMBIGAN.....	86	DEPO.....	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
DESCOVY.....	20	DILANTIN-125.....	50
<i>desipramine</i>	42	DILANTIN INFATABS.....	50
<i>desloratadine</i>	88	<i>diltiazem</i>	38
<i>desmopressin</i>	69	DILTIAZEM.....	38
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	63	<i>diltiazem hcl er</i>	38
<i>desonide</i>	93	<i>diltiazem hydrochloride</i>	38
<i>desoximetasone</i>	93	<i>dilt-xr</i>	38
<i>desrx</i>	93	DIMENHYDRINATE.....	71
<i>desvenlafaxine</i>	42, 68, 86	<i>diphenhydramine</i>	88
DESVENLAFAXINE.....	42	<i>diphenoxylate</i>	74
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	68	<i>diphenoxylate/atropine</i>	74
<i>dexlansoprazole</i>	74	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED	
<i>dexmethylphenidate</i>	53	PEDIATRIC.....	80
<i>dextroamphetamine</i>	53	<i>dipyridamole</i>	77
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%.....	81	<i>disopyramide phosphate</i>	36
<i>dextrose 5%</i>	81, 84	<i>disulfiram</i>	57
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX... 81		<i>divalproex</i>	50
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS.....	81	<i>dofetilide</i>	36
DEXTROSE 5%/NACL 0.2%.....	81	<i>dolishale</i>	63
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	81	<i>donepezil</i>	41, 42
DEXTROSE 5%/NACL 0.9%.....	81	DOPTELET.....	77
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%.....	81	<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	86
DEXTROSE 5%/NACL 0.45%.....	81	<i>dorzolamide hydrochloride</i>	86, 87
DEXTROSE 5%/NACL 0.225%.....	82	<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	87
<i>dextrose 10%</i>	81, 84	<i>dotti</i>	67
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%.....	81	DOVATO.....	20
DEXTROSE 10%/NACL 0.45%.....	81	<i>doxazosin mesylate</i>	34
DEXTROSE 50%.....	84	<i>doxepin</i>	43, 54
DEXTROSE 70%.....	84	DOXEPIN.....	95
DIACOMIT.....	49	<i>doxercalciferol</i>	71
<i>diazepam</i>	49, 50	<i>doxy</i>	26
DIAZEPAM RECTAL GEL.....	49	<i>doxycycline</i>	26
<i>diazoxide</i>	69	DOXYCYCLINE.....	95
<i>diclofenac</i>	12, 86	DRIZALMA.....	43
<i>diclofenac sodium</i>	95	<i>dronabinol</i>	71
<i>diclofenac sodium dr</i>	12	<i>drospirenone</i>	63
<i>diclofenac sodium er</i>	12	<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	63
<i>dicloxacillin sodium</i>	25	DROXIA.....	77
<i>dicyclomine</i>	72	<i>droxidopa</i>	40
DIFICID.....	24	DUAVEE.....	67
<i>diflorasone</i>	93	DULERA.....	91
<i>diflunisal</i>	12	<i>duloxetine</i>	43
<i>difluprednate</i>	86	DUPIXENT.....	77
<i>digox</i>	40	<i>dutasteride</i>	74
<i>digoxin</i>	40	<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	74
<i>dihydroergotamine</i>	54		
DILANTIN.....	50		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
E			
<i>ec-naproxen</i>	12	<i>epoprostenol sodium</i>	41
<i>econazole nitrate</i>	92	EPRONTIA.....	50
EDARBI.....	35	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	54
EDARBYCLOR	35	ERIVEDGE.....	29
EDURANT	19	ERLEADA.....	27
<i>efavirenz</i>	19, 20, 21	<i>erlotinib</i>	29
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i> ..	20	<i>errin</i>	63
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	21	ERTACZO.....	92
<i>effe-k</i>	83	<i>ertapenem</i>	16
<i>eletriptan hydrobromide</i>	54	<i>ery</i>	91
ELIGARD.....	27	<i>erythrocin</i>	24
<i>elinest</i>	63	<i>erythromycin</i>	24, 85, 91
ELIQUIS	76	<i>erythromycin base</i>	24
ELIQUIS STARTER PACK	76	<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	91
ELMIRON	75	<i>escitalopram</i>	43
<i>eluryng</i>	63	<i>esomeprazole</i>	74
EMCYT.....	27	<i>estarylla</i>	63
EMEND	71	<i>estradiol</i>	67, 68
EMSAM.....	43	ESTRING.....	68
<i>emtricitabine</i>	19, 21	<i>ethambutol hydrochloride</i>	21
EMTRIVA.....	19	<i>ethosuximide</i>	50
EMVERM.....	16	<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	63
<i>enalapril</i>	34	<i>etodolac</i>	12, 13
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>etravirine</i>	19
ENBREL	78	<i>euthyrox</i>	70
ENBREL MINI.....	78	<i>everolimus</i>	29, 79
ENBREL SURECLICK.....	78	EVOTAZ.....	21
ENDARI	77	<i>exemestane</i>	27
<i>endocet</i>	14	EXKIVITY.....	29
ENGERIX-B.....	80	EYSUVIS.....	86
<i>enilloring</i>	63	<i>ezetimibe</i>	37
<i>enoxaparin</i>	76	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	37
<i>enpresse-28</i>	63	F	
<i>enskyce</i>	63	<i>falmina</i>	64
ENSTILAR	93	<i>famciclovir</i>	22
<i>entacapone</i>	45	<i>famotidine</i>	72
<i>entecavir</i>	22	FANAPT	46
ENTRESTO	35	FANAPT TITRATION PACK	46
<i>enulose</i>	73	FARXIGA	59
EPCLUSA.....	22	FASENRA.....	89
EPIDIOLEX.....	50	FASENRA PEN	89
<i>epinastine hcl</i>	86	<i>fayosim</i>	64
<i>epinephrine</i>	89	<i>febuxostat</i>	12
<i>epitol</i>	50	<i>felbamate</i>	50
EPIVIR.....	22	<i>felodipine er</i>	38
<i>eplerenone</i>	34	<i>femynor</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fenofibrate</i>	36	<i>fosamprenavir calcium</i>	19
<i>fenofibric acid dr</i>	36	<i>fosinopril sodium</i>	34
<i>fenoprofen</i>	13	<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	34
FENOPROFEN.....	13	<i>fosphenytoin</i>	50
<i>fentanyl</i>	13, 14	FOTIVDA	29
<i>fesoterodine fumarate er</i>	75	FRAGMIN	76
FETZIMA	43	FRUZAQLA	29
FETZIMA TITRATION PACK	43	<i>furosemide</i>	39
FIASP.....	58	FUZEON.....	19
FIASP FLEXTOUCH.....	58	<i>fyavolv</i>	68
FIASP PENFILL.....	58	FYCOMPA.....	50
FINACEA	95	G	
<i>finasteride</i>	75	<i>gabapentin</i>	50
<i>fingolimod</i>	56	<i>galantamine</i>	42
FINTEPLA.....	50	GAMASTAN	79
<i>finzala</i>	64	GAMMAKED.....	79
FIRMAGON	27	GAMUNEX-C	79
<i>flac otic oil</i>	87	<i>ganciclovir</i>	22
FLAREX	86	GARDASIL 9	80
<i>flecainide acetate</i>	36	<i>gatifloxacin</i>	85
FLOVENT	90, 91	GATTEX	74
<i>fluconazole</i>	18	<i>gavilyte-c</i>	73
<i>flucytosine</i>	18	<i>gavilyte-g</i>	73
<i>fludrocortisone</i>	68, 93	GAVRETO	29
<i>flunisolide</i>	90	<i>gefitinib</i>	29
<i>fluocinolone acetonide body</i>	93	<i>gemfibrozil</i>	36
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	87	GEMTESA.....	75
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	93	<i>generlac</i>	73
<i>fluocinonide</i>	94	<i>gengraf</i>	79
<i>fluocinonide emulsified base</i>	93	GENOTROPIN	69
<i>fluoride</i>	83	<i>gentamicin</i>	16, 85, 91
<i>fluoridex</i>	96	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	16
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	96	GENVOYA	21
<i>fluorimax 5000</i>	96	GILOTRIF	29
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	96	GLEOSTINE.....	26
FLUOROMETHOLONE.....	86	<i>glimepiride</i>	59
<i>fluorouracil</i>	95	<i>glipizide</i>	59
FLUOROURACIL.....	95	<i>glycopyrrolate</i>	72
<i>fluoxetine</i>	43	GLYXAMBI	59
<i>fluphenazine</i>	46	GOLYTELY	73
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	46	<i>granisetron</i>	71
<i>flurbiprofen</i>	13, 86	<i>griseofulvin microsize</i>	18
<i>fluticasone</i>	90, 91, 94	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	18
<i>fluvastatin</i>	36	<i>guanfacine</i>	40, 53
<i>fluvoxamine</i>	41	GVOKE HYPOPEN	69
<i>fomepizole</i>	69	GVOKE KIT	69
<i>fondaparinux</i>	76		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
GVOKE PFS.....	69	ICLUSIG.....	29
H		IDACIO.....	78
HAEGARDA.....	77	IDHIFA.....	29
<i>hailey 1.5/30</i>	64	<i>imatinib</i>	29
<i>hailey 24 fe</i>	64	IMBRUVICA.....	29
<i>hailey fe 1.5/30</i>	64	<i>imipenem/cilastatin</i>	16
<i>hailey fe 1/20</i>	64	<i>imipramine</i>	43
<i>halobetasol</i>	94	<i>imiquimod</i>	95
<i>haloette</i>	64	IMIQUIMOD PUMP.....	95
<i>haloperidol</i>	46	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	80
HARVONI.....	22	INBRIJA.....	45
HAVRIX.....	80	<i>incassia</i>	64
<i>heather</i>	64	INCRELEX.....	69
<i>heparin</i>	76	INCRUSE ELLIPTA.....	88
HEPARIN.....	76	<i>indapamide</i>	39
HEPATAMINE.....	84	INFANRIX.....	80
HEPLISAV.....	80	INLYTA.....	30
HETLIOZ.....	54	INQOVI.....	26
HIBERIX.....	80	INREBIC.....	30
HUMIRA.....	78	INTELENCE.....	19
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE		<i>introvale</i>	64
STARTER PACK.....	78	INVEGA.....	46, 47
HUMIRA PEN.....	78	IPOL INACTIVATED IPV.....	80
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK.....	78	<i>ipratropium</i>	88
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	58	<i>irbesartan</i>	35
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	58	ISENTRESS.....	19
<i>hydralazine</i>	40	ISENTRESS HD.....	19
<i>hydrochlorothiazide</i>	39	<i>isibloom</i>	64
<i>hydrocodone</i>	13, 14	ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%.....	82
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	14	ISOLYTE-S.....	82
<i>hydrocortisone</i>	68, 73, 88, 94	ISOLYTE-S PH 7.4.....	82
<i>hydrocortisone perianal</i>	95	<i>isoniazid</i>	21
<i>hydromorphone</i>	14, 15	ISOPTO ATROPINE.....	87
HYDROMORPHONE.....	14, 15	<i>isosorbide</i>	40
<i>hydroxychloroquine</i>	79	<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	40
<i>hydroxyurea</i>	28	<i>isosorbide mononitrate</i>	40
<i>hydroxyzine</i>	88, 89	<i>isosorbide mononitrate er</i>	40
HYSINGLA ER.....	13	<i>isotretinoin</i>	91
I		<i>isradipine</i>	38
<i>ibandronate</i>	61	<i>itraconazole</i>	18
IBRANCE.....	29	<i>ivermectin</i>	16
<i>ibu</i>	13	IWILFIN.....	28
<i>ibuprofen</i>	13	IXIARO.....	80
<i>icatibant acetate</i>	77	J	
<i>iclevia</i>	64	<i>jaimiess</i>	64
		JAKAFI.....	30

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>jantoven</i>	76	<i>klor-con</i>	83
JANUMET.....	59, 60	<i>klor-con 8</i>	83
JANUVIA.....	60	<i>klor-con 10</i>	83
JARDIANCE.....	60	<i>klor-con m10</i>	83
<i>jasmiel</i>	64	<i>klor-con m15</i>	83
<i>javygtor</i>	69	<i>klor-con m20</i>	83
JAYPIRCA.....	30	KORLYM.....	69
<i>jencycla</i>	64	KOSELUGO.....	30
JENTADUETO.....	60	<i>kourzeq</i>	96
<i>jinteli</i>	68	KRAZATI.....	30
JOLESSA.....	64	KRISTALOSE.....	73
<i>juleber</i>	64	<i>kurvelo</i>	64
JULUCA.....	21	L	
<i>junel 1.5/30</i>	64	<i>labetalol</i>	37
<i>junel 1/20</i>	64	<i>lacosamide</i>	50
<i>junel fe 1.5/30</i>	64	<i>lactated ringers</i>	82
<i>junel fe 1/20</i>	64	<i>lactulose</i>	73
<i>junel fe 24</i>	64	<i>lamivudine</i>	19, 22
<i>just right 5000</i>	96	<i>lamivudine/zidovudine</i>	21
JYNNEOS.....	80	<i>lamotrigine</i>	51
K		<i>lamotrigine er</i>	50
<i>kaitlib fe</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	51
<i>kalliga</i>	64	<i>lamotrigine starter kit/green</i>	51
KALYDECO.....	90	<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	51
<i>kariva</i>	64	<i>lansoprazole</i>	74
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%.....	82	<i>lanthanum carbonate</i>	70
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%.....	82	LANTUS.....	58
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%.....	82	LANTUS SOLOSTAR.....	58
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%.....	82	<i>lapatinib ditosylate</i>	30
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%.....	82	<i>larin 1.5/30</i>	64
KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%.....	82	<i>larin 1/20</i>	64
<i>kelnor 1/35</i>	64	<i>larin 24 fe</i>	64
<i>kelnor 1/50</i>	64	<i>larin fe 1.5/30</i>	64
KERENDIA.....	34	<i>larin fe 1/20</i>	64
KESIMPTA.....	56	<i>latanoprost</i>	87
<i>ketoconazole</i>	18, 92, 93	LEENA.....	64
<i>ketodan</i>	92	<i>leftunomide</i>	79
<i>ketoprofen</i>	13	<i>lenalidomide</i>	27
<i>ketorolac</i>	13, 86	LENVIMA.....	30
KEVZARA.....	78	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE.....	30
KINRIX.....	80	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE.....	30
KISQALI.....	28, 30	LENVIMA 14 MG DAILY DOSE.....	30
KISQALI FEMARA 200 DOSE.....	28	LENVIMA 18 MG DAILY DOSE.....	30
KISQALI FEMARA 400 DOSE.....	28	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE.....	30
KISQALI FEMARA 600 DOSE.....	28	LENVIMA 24 MG DAILY DOSE.....	30
<i>klayesta</i>	92	<i>lessina</i>	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>letrozole</i>	27	LORBRENA.....	30
<i>leucovorin</i>	33	<i>loryna</i>	65
LEUKERAN.....	26	<i>losartan</i>	35
<i>leuprolide</i>	27	<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	35
<i>levalbuterol</i>	89	LOTEMAX.....	86
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	89	<i>loteprednol etabonate</i>	86
<i>levetiracetam</i>	51	<i>lovastatin</i>	36
<i>levetiracetam er</i>	51	<i>low-ogestrel</i>	65
<i>levobunolol hcl</i>	87	<i>loxapine</i>	47
<i>levocarnitine</i>	69, 70	<i>lo-zumandimine</i>	65
LEVOCARNITINE.....	69	LUMAKRAS.....	30
<i>levocetirizine</i>	89	LUMIGAN.....	87
<i>levofloxacin</i>	24, 85	LUPRON.....	70
<i>levofloxacin in d5w</i>	24	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	27
<i>levonest</i>	65	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	27
<i>levonorgestrel and ethinyl estradiol</i>	65	<i>lurasidone</i>	47
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	65	<i>lutera</i>	65
<i>levora</i>	65	<i>lyleq</i>	65
<i>levo-t</i>	70	<i>lyllana</i>	68
<i>levothyroxine</i>	71	LYNPARZA.....	30
LEVOTHYROXINE.....	71	LYSODREN.....	27
<i>levoxyl</i>	71	LYTGOBI.....	30
LEXIVA.....	19	<i>lyza</i>	65
<i>lidocaine</i>	15, 36, 94, 96	M	
LIDOCAINE.....	36	<i>mafenide</i>	92
LIDOCAINE HCL IN D5W.....	36	<i>magnesium</i>	82
<i>lidocaine/prilocaine</i>	94	MAGNESIUM.....	82
<i>lidocan</i>	94	<i>malathion</i>	95
<i>linezolid</i>	16	<i>maraviroc</i>	19
LINEZOLID.....	16	<i>marlissa</i>	65
LINZESS.....	74	MARPLAN.....	43
<i>liothyronine</i>	71	MATULANE.....	28
<i>lisdexamfetamine dimesylate</i>	53	<i>matzim</i>	38
<i>lisinopril</i>	34	MAVYRET.....	22
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	34	<i>meclizine</i>	71
<i>lithium</i>	55	<i>meclizine hydrochloride</i>	71
LITHIUM.....	55	<i>medroxyprogesterone</i>	65, 70
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	65	<i>mefloquine hcl</i>	19
<i>loestrin 1/20-21</i>	65	<i>megestrol</i>	27, 70
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	65	MEKINIST.....	30
<i>loestrin fe 1/20</i>	65	MEKTOVI.....	31
<i>lojaimiess</i>	65	<i>meloxicam</i>	13
LONSURF.....	26	<i>memantine</i>	42
<i>loperamide</i>	74	<i>memantine hcl</i>	42
<i>lopinavir</i>	21	MENACTRA.....	80
<i>lorazepam</i>	41	MENQUADFI.....	80
<i>lorazepam intensol</i>	41		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
MENVEO	81	<i>misoprostol</i>	74
<i>mercaptopurine</i>	26	MITIGARE	12
<i>meropenem</i>	16	M-M-R II	80
<i>mesalamine</i>	73	M-NATAL PLUS	83
MESNEX	33	<i>modafinil</i>	56
<i>metformin</i>	60	<i>moexipril hcl</i>	34
<i>metformin hydrochloride er</i>	60	<i>molindone</i>	47
<i>methadone</i>	13	<i>mometasone</i>	90, 94
METHADONE	13	<i>mondoxyne nl</i>	26
<i>methazolamide</i>	39	<i>mono-lynyah</i>	65
<i>methenamine</i>	17	<i>montelukast</i>	89
<i>methenamine hippurate</i>	16	<i>morphine</i>	13, 14, 15
<i>methergine</i>	70	MORPHINE	15
<i>methimazole</i>	71	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	14
<i>methotrexate</i>	26, 27, 79	MOUNJARO	60
<i>methoxsalen</i>	92	MOVANTIK	74
<i>methscopolamine</i>	72	<i>moxifloxacin</i>	24
<i>methsuximide</i>	51	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	85
<i>methylergonovine</i>	70	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	24
<i>methylphenidate</i>	53, 54	MULTAQ	36
METHYLPHENIDATE	54	<i>multiple electrolytes</i>	82
<i>methylprednisolone</i>	68	<i>multi-vitamin</i>	83
<i>methyltestosterone</i>	57	<i>multivitamin</i>	83
<i>metoclopramide</i>	71	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	83
<i>metolazone</i>	39	<i>mupirocin</i>	92
<i>metoprolol</i>	37	<i>mycamine</i>	18
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>mycophenolate</i>	79, 80
<i>metoprolol succinate er</i>	37	<i>mycophenolic</i>	80
<i>metronidazole</i>	17, 75, 95	MYRBETRIQ	75
<i>metyrosine</i>	40		
<i>mibelas 24 fe</i>	65	N	
<i>micafungin</i>	18	<i>nabumetone</i>	13
<i>miconazole</i>	75	<i>nadolol</i>	37
MICROGESTIN 1.5/30	65	<i>nafcillin</i>	25
MICROGESTIN 1/20	65	<i>naftifine hcl</i>	92
<i>microgestin 24 fe</i>	65	<i>naloxone</i>	57
MICROGESTIN FE 1.5/30	65	<i>naloxone hydrochloride</i>	57
MICROGESTIN FE 1/20	65	<i>naltrexone</i>	57
<i>midodrine</i>	40	NAMZARIC	42
<i>mifepristone</i>	70	<i>naproxen</i>	13
<i>miglitol</i>	60	<i>naratriptan hcl</i>	54
<i>mili</i>	65	NATACYN	85
<i>mimvey</i>	68	<i>nateglinide</i>	60
<i>minocycline</i>	26	NATPARA	61
<i>minoxidil</i>	40	NAYZILAM	51
<i>mirtazapine</i>	43	<i>neбиволol</i>	37
<i>mirtazapine odt</i>	43	<i>necon 0.5/35-28</i>	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>nefazodone hydrochloride</i>	43	NOVOLOG MIX 70/30.....	59
<i>neomycin</i>	84, 85, 88	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN.....	59
<i>neomycin sulfate</i>	17	NOVOLOG PENFILL.....	59
NEONATAL PLUS.....	83	NUBEQA.....	27
<i>neo-polycin</i>	84, 85	NUEDEXTA.....	55
NERLYNX.....	31	NULOJIX.....	80
NEUPRO.....	45	NUPLAZID.....	47
<i>nevirapine</i>	19	NURTEC.....	55
NEXAVAR.....	31	NUTRILIPID.....	84
<i>niacin</i>	37	NUZYRA.....	26
<i>niacor</i>	37	<i>nyamyc</i>	92
<i>nicardipine</i>	38	<i>nylia 1/35</i>	66
NICOTROL.....	57	<i>nylia 7/7/7</i>	66
NICOTROL INHALER.....	57	<i>nymyo</i>	66
<i>nifedipine</i>	38	<i>nystatin</i>	18, 92, 96
<i>nikki</i>	65	<i>nystop</i>	92
<i>nilutamide</i>	27	O	
NINLARO.....	31	OCELLA.....	66
<i>nisoldipine er</i>	38	OCTAGAM.....	79
<i>nitazoxanide</i>	17	<i>octreotide</i>	70
<i>nitisinone</i>	70	ODEFSEY.....	21
NITRO-BID.....	40	ODOMZO.....	31
<i>nitrofurantoin</i>	17	OFEV.....	90
<i>nitroglycerin</i>	40	<i>ofloxacin</i>	85, 88
NITROGLYCERIN.....	40	OGSIVEO.....	31
NIVA-PLUS.....	83	OJJAARA.....	31
<i>nizatidine</i>	72	<i>olanzapine</i>	47
NORA-BE.....	65	<i>olanzapine odt</i>	47
<i>norethindrone</i>	65, 66, 68, 70	<i>olmesartan</i>	35
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	66	<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	35
NORITATE.....	95	<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	35
<i>norlyda</i>	66	<i>olopatadine</i>	86, 89
<i>norlyroc</i>	66	<i>omega</i>	37
NORPACE CR.....	36	<i>omeprazole</i>	74
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	66	ONCASPAR.....	28
<i>nortrel 1/35</i>	66	<i>ondansetron</i>	71, 72
<i>nortrel 7/7/7</i>	66	<i>ondansetron odt</i>	72
<i>nortriptyline</i>	43	ONUREG.....	27
NORVIR.....	19	OPSUMIT.....	41
NOVOLIN 70/30.....	58	OPVEE.....	57
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	58	ORACEA.....	95
NOVOLIN N.....	58	<i>oralone dental paste</i>	96
NOVOLIN N FLEXPEN.....	58	ORGOVYX.....	27
NOVOLIN R.....	58	ORKAMBI.....	90
NOVOLIN R FLEXPEN.....	58	ORSERDU.....	27
NOVOLOG.....	58		
NOVOLOG FLEXPEN.....	59		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>orsythia</i>	66	<i>phenelzine sulfate</i>	44
<i>oseltamivir</i>	22	<i>phenobarbital</i>	51
OTEZLA.....	78	PHENYTEK.....	51
<i>oxacillin</i>	25	<i>phenytoin</i>	51
<i>oxandrolone</i>	57	<i>philith</i>	66
<i>oxaprozin</i>	13	PHOSPHOLINE IODIDE.....	87
<i>oxazepam</i>	41	PIFELTRO.....	19
<i>oxcarbazepine</i>	51	<i>pilocarpine</i>	87, 96
<i>oxybutynin</i>	75	<i>pimozide</i>	47
<i>oxycodone</i>	15	<i>pimtrea</i>	66
<i>oxycodone hcl</i>	15	<i>pindolol</i>	37
OZEMPIC.....	60	<i>pioglitazone</i>	60
P		<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60
<i>pacerone</i>	36	<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60
<i>paliperidone</i>	47	<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	26
<i>pamidronate</i>	61	PIQRAY.....	31
PAMIDRONATE.....	61	<i>pirfenidone</i>	90
PANRETIN.....	95	<i>pirmella 1/35</i>	66
<i>pantoprazole</i>	74	<i>pirmella 7/7/7</i>	66
<i>paricalcitol</i>	71	<i>piroxicam</i>	13
<i>paromomycin sulfate</i>	17	PLASMA-LYTE-148.....	82
<i>paroxetine</i>	44	PLASMA-LYTE A.....	82
PAXLOVID.....	22	<i>plenamine</i>	84
<i>pazopanib</i>	31	PLENVU.....	73
PEDIARIX.....	81	PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN.....	83
PEDVAX HIB.....	81	<i>podofilox</i>	95
<i>peg-3350/electrolytes</i>	73	<i>polycin</i>	85
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	73	<i>polymyxin</i>	85
PEGASYS.....	22	POMALYST.....	27
PEMAZYRE.....	31	<i>portia-28</i>	66
PENBRAYA.....	81	<i>posaconazole</i>	18
<i>penicillamine</i>	62	<i>potassium</i>	75, 82, 83
<i>penicillin</i>	25	POTASSIUM.....	82
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC		POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE.....	82
DEXTROSE.....	25	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM	
PENICILLIN G PROCAINE.....	25	CHLORIDE.....	82
<i>penicillin g sodium</i>	25	<i>pramipexole</i>	45
PENTACEL.....	81	<i>prasugrel</i>	77
<i>pentamidine</i>	17	<i>pravastatin sodium</i>	36
<i>pentoxifylline er</i>	77	<i>praziquantel</i>	17
<i>perindopril erbumine</i>	34	<i>prazosin hydrochloride</i>	34
<i>periogard</i>	96	<i>prednicarbate</i>	94
<i>permethrin</i>	95	<i>prednisolone</i>	68, 86
<i>perphenazine</i>	44, 47	PREDNISOLONE.....	86
<i>perphenazine/ amitriptyline</i>	44	<i>prednisone</i>	68, 69
PERSERIS.....	47	PREDNISONE INTENSOL.....	68
		<i>pregabalin</i>	51, 55

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PREHEVBRIO	81	<i>quetiapine</i>	47, 48
PREMARIN	68	<i>quinapril</i>	34
PREMASOL	84	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	34
PREMPRO	68	<i>quinidine sulfate</i>	36
PRENATAL	83	<i>quinine</i>	19
PRENATAL PLUS	83	QULIPTA	55
PRETOMANID	21	R	
<i>prevalite</i>	37	RABAVERT	81
PREVYMIS	22	<i>rabeprazole</i>	74
PREZCOBIX	21	<i>raloxifene hydrochloride</i>	70
PREZISTA	20	<i>ramipril</i>	34
PRIFTIN	21	<i>ranolazine er</i>	40
<i>primaquine phosphate</i>	19	<i>rasagiline mesylate</i>	45
<i>primidone</i>	51	<i>reclipsen</i>	66
PRIORIX	81	RECOMBIVAX HB	81
PRIVIGEN	79	RECTIV	95
<i>probenecid</i>	12	REGRANEX	95
<i>probenecid/colchicine</i>	12	RELENZA DISKHALER	22
<i>prochlorperazine</i>	72	<i>repaglinide</i>	60
PROCRIPT	76, 77	REPATHA	37
<i>procto-med hc</i>	95	RESTASIS	87
<i>proctosol</i>	94	RESTASIS MULTIDOSE	87
<i>proctozone-hc</i>	95	RETEVMO	31
<i>progesterone</i>	70	REXULTI	48
PROGRAF	80	REYATAZ	20
PROLASTIN-C	90	REZLIDHIA	31
PROLENSA	86	REZUROCK	80
PROLIA	61	RHOPRESSA	87
PROMACTA	77	<i>ribavirin</i>	21, 22
<i>promethazine</i>	72	<i>rifabutin</i>	21
<i>promethegan</i>	72	<i>riluzole</i>	55
<i>propafenone</i>	36	<i>rimantadine hydrochloride</i>	22
<i>propafenone hcl</i>	36	RINGERS INJECTION	82
<i>proparacaine hcl</i>	87	RINVOQ	78
<i>propranolol</i>	38	<i>risedronate</i>	61, 62
<i>propylthiouracil</i>	71	<i>risedronate sodium dr</i>	61
PROQUAD	81	RISPERDAL	48
PROSOL	84	<i>risperidone</i>	48
<i>protriptyline hcl</i>	44	<i>ritonavir</i>	20
PULMOZYME	90	<i>rivastigmine</i>	42
PURIXAN	27	<i>rivastigmine transdermal system</i>	42
<i>pyrazinamide</i>	21	RIVELSA	66
<i>pyridostigmine</i>	55	<i>rizatriptan</i>	55
Q		<i>rizatriptan benzoate odt</i>	55
QINLOCK	31	ROCKLATAN	87
QUADRACEL	81	<i>roflumilast</i>	90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>romidepsin</i>	31	SODIUM.....	73, 82
<i>ropinirole</i>	45	<i>sodium chloride 0.45%</i>	82
<i>rosuvastatin calcium</i>	36	<i>sodium fluoride</i>	96
ROTARIX	81	<i>sodium fluoride 5000 ppm dental</i>	96
ROTATEQ.....	81	SODIUM OXYBATE	56
<i>roweepra</i>	51	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62
ROZLYTREK	31	<i>solifenacin succinate</i>	75
RUBRACA	31	SOLQUA 100/33	59
<i>rufinamide</i>	51	SOLTAMOX	27
RUKOBIA.....	20	SOLU-CORTEF.....	69
RYBELSUS	60	SOMATULINE DEPOT	70
RYDAPT	31	SOMAVERT	70
S		<i>sorafenib tosylate</i>	31
<i>sajazir</i>	77	<i>sorine</i>	36
SANCUSO.....	72	<i>sotalol</i>	36
SANDIMMUNE.....	80	<i>sotalol hydrochloride (af)</i>	36
SANDOSTATIN LAR	70	<i>spironolactone</i>	34, 39
SANTYL.....	95	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	39
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	70	<i>sprintec 28</i>	66
SCEMBLIX	31	SPRITAM.....	51
<i>scopolamine</i>	72	SPRYCEL	31
SECUADO.....	48	<i>sps</i>	62
<i>selegiline</i>	45	<i>sronyx</i>	66
<i>selenium sulfide</i>	93	SSD	92
SELZENTRY.....	20	<i>stavudine</i>	20
SEREVENT DISKUS.....	89	STELARA.....	78, 79
<i>sertraline</i>	44	<i>sterile water for irrigation</i>	95
<i>sertraline hydrochloride</i>	44	STIVARGA.....	31
<i>setlakin</i>	66	<i>streptomycin sulfate</i>	17
<i>sf</i> 96		STRIBILD.....	21
<i>sharobel</i>	66	<i>subvenite</i>	51
SHINGRIX	81	<i>subvenite starter kit</i>	51, 52
SIGNIFOR.....	70	<i>sucralfate</i>	74
<i>sildenafil</i>	41	SUCRALFATE	74
<i>silodosin</i>	75	<i>sulfacetamide</i>	85, 91
<i>silver sulfadiazine</i>	92	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i> 84	
SIMBRINZA.....	87	<i>sulfadiazine</i>	17
<i>simliya</i>	66	<i>sulfamethoxazole</i>	17
<i>simpesse</i>	66	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	17
<i>simvastatin</i>	36	SULFAMYLON	92
<i>sirolimus</i>	80	<i>sulfasalazine</i>	73
SIRTURO.....	21	<i>sulindac</i>	13
SIVEXTRO.....	17	<i>sumatriptan</i>	55
SKYRIZI.....	78	<i>sunitinib malate</i>	31
SKYRIZI PEN	78	SUNLENCA	20
<i>sodium</i>	70, 82, 83, 95, 96	SUPREP BOWEL PREP.....	73
		SUTAB.....	73

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>syeda</i>	66	<i>testosterone pump</i>	57
SYMLINPEN 60.....	60	<i>tetrabenazine</i>	55
SYMLINPEN 120.....	60	<i>tetracycline hydrochloride</i>	26
SYMPAZAN.....	52	TEXACORT.....	94
SYMTUZA	21	THALOMID	27, 28
SYNAREL	67	<i>theophylline</i>	90
SYNJARDY.....	61	<i>thioridazine</i>	48
SYNTHROID	71	<i>thiothixene</i>	48
T		<i>tiadylt</i>	38
TABLOID	27	<i>tiagabine hydrochloride</i>	52
TABRECTA.....	32	TIBSOVO	32
<i>tacrolimus</i>	80, 95	TICOVAC	81
<i>tadalafil</i>	41	<i>tigecycline</i>	26
TAFINLAR	32	TILIA FE.....	66
TAGRISSE	32	<i>timolol</i>	38, 87
TALTZ.....	79	<i>timolol maleate</i>	87
TALZENNA.....	32	TIMOLOL MALEATE	87
<i>tamoxifen citrate</i>	27	<i>tinidazole</i>	17
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	75	TIVICAY.....	20
<i>tarina 24 fe</i>	66	TIVICAY PD	20
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	66	<i>tizanidine</i>	56
TASIGNA.....	32	TOBRADEX.....	84
<i>tasimelton</i>	54	<i>tobramycin</i>	17, 84, 85
<i>tazarotene</i>	92	<i>tolterodine</i>	75
<i>tazicef</i>	23	<i>topiramate</i>	52
TAZORAC	92	<i>topiramate er</i>	52
<i>taztia xt</i>	38	<i>toremifene citrate</i>	27
TAZVERIK.....	32	<i>toremide</i>	39
TDVAX.....	81	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	59
TECFIDERA.....	56	TOUJEO SOLOSTAR	59
TECFIDERA STARTER PACK	56	<i>tovet</i>	94
TECVAYLI	32	TPN ELECTROLYTES	83
TEFLARO.....	23	TRACLEER.....	41
<i>telmisartan</i>	35	TRADJENTA.....	61
<i>telmisartan/amlodipine</i>	35	<i>tramadol</i>	14
<i>temazepam</i>	54	<i>tramadol hydrochloride</i>	15
TENIVAC	81	<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	15
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	20	<i>trandolapril</i>	34
TEPMETKO	32	<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	34
<i>terazosin</i>	34	<i>tranexamic</i>	77
<i>terbinafine</i>	18	<i>tranlycypromine sulfate</i>	44
<i>terbutaline</i>	89	TRAVASOL	84
<i>terconazole</i>	75	<i>travoprost</i>	87
TERIPARATIDE.....	62	<i>trazodone</i>	44
<i>testosterone</i>	57	TRECTOR.....	21
<i>testosterone gel</i>	57	TRELEGY ELLIPTA.....	88
		TRESIBA.....	59

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TRESIBA FLEXTOUCH	59	TWINRIX	81
<i>tretinoin</i>	28, 91	TYBOST	20
TRETINOIN	91	<i>tydemy</i>	67
<i>triamcinolone</i>	69, 94	TYPHIM VI	81
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	96	TYRVAYA	87
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	39	U	
<i>triazolam</i>	54	UBRELVY	55
TRICARE	83	<i>unithroid</i>	71
<i>trientine</i>	62	<i>ursodiol</i>	74
<i>tri-estarylla</i>	66	V	
<i>tri-femynor</i>	66	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	22
<i>trifluoperazine</i>	48	VALCHLOR	95
<i>trifluridine</i>	85	<i>valganciclovir</i>	22
<i>trihexyphenidyl</i>	45	<i>valproate</i>	52
TRIJARDY	61	<i>valproic</i>	52
TRIKAFTA	90	<i>valsartan</i>	35
<i>tri-legest fe</i>	66	<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	35
<i>tri-linyah</i>	66	<i>vancomycin</i>	17, 18
<i>tri-lo-estarylla</i>	66	VANCOMYCIN	17, 18
<i>tri-lo-marzia</i>	67	VANFLYTA	32
<i>tri-lo-mili</i>	67	VAQTA	81
<i>tri-lo-sprintec</i>	67	VARENICLINE	57
<i>trimethobenzamide</i>	72	VARENICLINE STARTING MONTH BOX	57
<i>trimethoprim</i>	17	VARIVAX	81
<i>tri-mili</i>	67	VASCEPA	37
<i>trimipramine</i>	44	<i>velivet</i>	67
TRINTELLIX	44	VELTASSA	32, 62
<i>tri-nymyo</i>	67	VENCLEXTA STARTING PACK	32
<i>tri-sprintec</i>	67	<i>venlafaxine</i>	44
TRIUMEQ	21	VENLAFAXINE	44
TRIUMEQ PD	21	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	44
<i>tri-vite/</i>	83	VENTAVIS	41
<i>trivora-28</i>	67	VENTOLIN HFA	89
<i>tri-vylibra</i>	67	<i>verapamil</i>	38, 39
<i>tri-vylibra lo</i>	67	VERAPAMIL	39
TRIZIVIR	21	VERQUVO	40
TROGARZO	20	VERSACLOZ	48
TROPHAMINE	84	VERZENIO	32
<i>trospium</i>	75	<i>vestura</i>	67
TRULICITY	61	<i>vienna</i>	67
TRUMENBA	81	<i>vigabatrin</i>	52
TRUQAP	32	<i>vigadrone</i>	52
TRUSELTIQ	32	<i>vigpoder</i>	52
TRUXIMA	32	VIIIBRYD STARTER PACK	44
TUKYSA	32	<i>vilazodone hydrochloride</i>	44
TURALIO	32		
<i>turqoz</i>	67		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>viorele</i>	67	Y	
VIRACEPT	20	YF-VAX	81
VIREAD	20	<i>yuvafem</i>	68
VITRAKVI	32	Z	
VIVITROL.....	57	<i>zafirlukast</i>	89
VIZIMPRO	33	<i>zaleplon</i>	54
<i>volnea</i>	67	ZARXIO	77
VONJO	33	ZEJULA	33
<i>voriconazole</i>	18	ZELBORAF.....	33
VOSEVI.....	22	<i>zenatane</i>	91
VOTRIENT.....	33	ZENPEP	74
VRAYLAR.....	48	<i>zenzedi</i>	54
VUMERITY.....	56	ZERVIAE.....	86
<i>vyfemla</i>	67	<i>zidovudine</i>	20
<i>vylibra</i>	67	<i>ziprasidone</i>	48
VYVANSE.....	54	ZIRABEV	33
VYZULTA.....	87	ZIRGAN	85
W		<i>zoledronic</i>	62
<i>warfarin sodium</i>	76	ZOLEDRONIC	62
WELIREG.....	28	ZOLINZA	33
<i>wera</i>	67	<i>zolpidem</i>	54
WESTAB PLUS.....	83	ZONISADE.....	52
<i>wixela</i>	91	<i>zonisamide</i>	52
<i>wymzya fe</i>	67	<i>zovia 1/35</i>	67
X		ZTALMY	52
XALKORI.....	33	<i>zumandimine</i>	67
XARELTO	76	ZURZUVAE	44, 45
XARELTO STARTER PACK.....	76	ZYCLARA.....	95
XATMEP.....	79	ZYDELIG	33
XCOPRI.....	52	ZYKADIA.....	33
XELJANZ	79	ZYLET	85
XELJANZ XR	79	ZYPREXA	48
XERMELO	74	ZYTIGA.....	27
XGEVA	62		
XHANCE.....	90		
XIFAXAN	74		
XIGDUO.....	61		
XIIDRA.....	87		
XOLAIR	90		
XOSPATA	33		
XPOVIO	33		
XTANDI.....	27		
XULTOPHY.....	59		

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 sus medicamentos pedidos por correo no llegan dentro del plazo estimado, comuníquese con nosotros sin costo al 1-844-362-0934, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, 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 pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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 대해 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 بتحدث 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 दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया 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 Italianovi 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 kesyon 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。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 kekahi mea ‘ōlelo Pelekānia/‘Ōlelo ke kōkua iā ‘oe. He pōmaika‘i manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Este formulario se actualizó el 04/01/2024. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934**, los **usuarios de TTY deben llamar al: 711**, de 08:00 a. m. a 08:00 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