

2021

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.**

Este formulario se actualizó el 12/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese 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**

N.º de identificación del Formulario: 21111, Versión 20



2021 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*.

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?.....	7
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?	8
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

Si tiene preguntas, 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



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)?	10
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?.....	11
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	12
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento.....	13
D. Índice de medicamentos cubiertos.....	101
Lista adicional de cobertura de medicamentos de Medicaid	124

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) 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.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan totalmente integrado de necesidades especiales de doble elegibilidad con un contrato de Medicare y un contrato con el programa de Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato.
- ❖ Siempre puede 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** o llamar al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla español o somalí, tiene a su disposición servicios de idiomas gratuitos. Llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora estándar del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ ATTENTION: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Member Services at the number listed at the bottom of this page. The call is free.
- ❖ 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 número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ 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 preguntas, 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**



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 13 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 médicalemente 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 (consulte la pregunta B4 a continuación).

También puede consultar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **AetnaBetterHealth.com/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 modificaremos 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 enteramos 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 de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY: 711)** para 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 funciona tan bien 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 la pregunta B10-B12.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos (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 un medicamento que toma se elimina de la Lista de medicamentos.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos con antelación 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 medicamento genérico que es nuevo en el mercado. **Y**
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O**
 - Cambiamos las normas o los 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**
- 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 u otra persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. **O**
- 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 un 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 u otra persona autorizada a dar recetas considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o limitaciones consultando los gráficos en la página 13 - 100. 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 envíemos una copia.

Puede solicitar una excepción para estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico u otra 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 *Lista de medicamentos cubiertos* de la página 13 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 por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el medicamento). O
- Puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del Índice de medicamentos cubiertos. Podrá encontrarlo en la página 101. 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 13. 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, muéstrela 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**
- Puede solicitarle al plan de salud hacer 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?

Podemos ayudarlo. 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 u otra 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 temporal 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 está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

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, haremos 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 u otro 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?

Primero, debemos recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción. Después de que recibamos la declaración, le informaremos nuestra decisión sobre su solicitud de excepción dentro de las 72 horas.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas considera 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 Drogas y Alimentos (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 a partir de la página 124.

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 a partir de la página 124.

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 que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

- Programa de pedidos por correo. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro para 90 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 preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 2 Los medicamentos genéricos tienen un copago de \$0.
- Nivel 3 Los medicamentos de marca preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 4 Los medicamentos no preferidos tienen un copago de \$0.
- Nivel 5 Los medicamentos especializados 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 el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 101. 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 las circunstancias. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura según la Parte B o la Parte D. Puede que se deba proporcionar información que describa el uso del medicamento o el lugar donde se lo recibirá para determinar la cobertura.
EA: Cada uno.
ML: Mililitros.

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 las migrañas, debe buscar en la categoría "Antiinfecciosos". Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

En la primera columna de esta tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ej., *amoxicillin*), los medicamentos de marca están escritos en letra mayúscula (por ej., *SYNTHROID*) y los medicamentos de venta libre (OTC) están escritos en letra minúscula (p. ej., *acetaminophen tablet*). La información incluida en la columna de acciones necesarias, restricciones o límites de uso indica si Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i>	\$0 (Nivel 3)	ST MO
MITIGARE	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>probencid</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>probencid/colchicine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
NSAID (AINE) - ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>cataflam</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días)
<i>celecoxib cáps. 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib cáps. 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium dr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>diflunisal</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DUEXIS	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>ec-naproxen tabs. liber. prolong. 375 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ec-naproxen tabs. liber. prolong. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>etodolac</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>etodolac er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
FENOPROFEN CALCIUM CÁPS. 400 MG	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fenoprofen calcium tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>flurbiprofen tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ibu tabs. 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ibuprofen</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ibuprofen/famotidine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ketoprofen er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ketoprofen caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ketoprofen caps 25mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ketorolac tromethamine iny. 15 mg/ml, 30 mg/ml, 60 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) PA MO
<i>ketorolac tromethamine tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 c/u por 30 días) PA MO
<i>meclofenamate sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>meloxicam</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NAPROXEN SODIUM CR 375MG	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>naproxen sodium er 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NAPROXEN SODIUM TB24	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen/esomeprazole magnesium</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>naproxen tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen susp, tbec</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>oxaprozin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>piroxicam</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>relafen</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulindac</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VIMOVO	\$0 (Nivel 5)	MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine parche transdérmico</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) PA MO
<i>fentanyl transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er t24a</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
HYSINGLA ER	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
METHADONE HCL INY.	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>methadone hcl soln. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methadone hydrochloride conc</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er cáps. liber. prolong. 24 h (genérico de Avinza) 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er cp24 (generic Kadian) 100mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tbcr 100mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tabs. liber. cont. 15 mg TRAMADOL HCL CÁPS. LIBER. PROLONG. 24 H 100 MG, 200 MG, 300 MG</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>tramadol hcl er tabs. liber. prolong. 24 h</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate soln. nasal</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (5 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate iny. 1 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>butorphanol tartrate iny. 2 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>CODEINE SULFATE TABS</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tabs. 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate pastilla transmucosa oral</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln. 325 mg/15 ml; 7.5 mg/15 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs. 300 mg; 10 mg, 300 mg; 5 mg, 300 mg; 7.5 mg, 325 mg; 10 mg, 325 mg; 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs. 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl líquido</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>HYDROMORPHONE HCL INY. 1 MG/ML, 4 MG/ML</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydromorphone hcl iny. 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INY. 1 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INY. 4 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>hydromorphone hydrochloride pf inj 2mg/ml, 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>hydromorphone hydrochloride inj 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>loracet</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
<i>loracet hd</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
<i>loracet plus tabs. 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
<i>morphine sulfate tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE INY. 10 MG/ML PF, 25 MG/ML PF, 2 MG/ML PF, 4 MG/ML PF, 50 MG/ML, 5 MG/ML PF, 8 MG/ML PF	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate iny. iv. 0.5 mg/ml, 10 mg/ml, 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate pf inj 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>morphine sulfate soln. oral 10 mg/5 ml, 20 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate soln. oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>nalbuphine hcl iny. 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>oxycodone hcl cáps.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride conc. oral</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs. 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs. 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/acetaminophen tabs. 325 mg; 10 mg, 325 mg; 2.5 mg, 325 mg; 5 mg, 325 mg; 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/aspirin tabs. 325 mg; 4.835 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxymorphone hydrochloride immediate release tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hcl tabs. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 2)	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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl iny. 0.5 %, 1 %, 1.5 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride pf iny. 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
ANTIINFECCIOSOS		
ANTIINFECCIOSOS: VARIOS		
<i>albendazole</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>atovaquone</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>aztreonam</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>CAYSTON</i>	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>chloramphenicol iny. 1 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin hcl cáps. 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin hydrochloride cáps. 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate iny. 300 mg/2 ml, 9000 mg/60 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inj 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>colistimethate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>dapsone tabs. 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>DAPTOMYCIN INY. 350 MG</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>daptomycin iny. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>EMVERM</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (12 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.6mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate iny. 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>isotonic gentamicin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ivermectin tabs. 3 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>linezolid tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (56 EA por 28 días) PA MO
<i>linezolid susp. oral</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 28 días) PA MO
LINEZOLID INY. 600 MG/300 ML; 0.9 %	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid iny. 600 mg/300 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>meropenem iny. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>meropenem iny. 1 g</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
METHENAMINE MANDELATE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole in nacl 0.79 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>metronidazole cáps. 375 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>metronidazole tabs. 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>neomycin tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitazoxanide</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nitrofurantoin suspensión oral</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>paromomycin cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pentamidine isethionate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pentamidine isethionate soln. inhalatoria</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>praziquantel</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
SIVEXTRO INY.	\$0 (Nivel 5)	
SIVEXTRO TABS	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>streptomycin sulfate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SULFADIAZINE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim ds</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole(trimethoprim inj, susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SYNERCID	\$0 (Nivel 5)	
<i>tinidazole</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tobramycin nebu 300mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (280 ML por 56 días) PA
<i>tobramycin sulfate iny. 1.2 g, 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate iny. 1.2 g/30 ml, 80 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trimethoprim tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VANCOMYCIN INJ 500MG/100ML, 750MG/150ML, 2000MG/400ML	\$0 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN HCL INJ 0.9%; 1GM/200ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl iny. 100 g, 10 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride cáps. 125 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride cáps. 250 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1.25GM, 1.5GM, 1000MG/200ML, 1250MG/250ML, 1500MG/300ML, 1750MG/350ML, 250MG, 500MG/100ML, 750MG/150ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride iny. 1 g, 5 g, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride iny. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	\$0 (Nivel 4)	B/D
AMBISOME	\$0 (Nivel 5)	B/D
<i>amphotericin b</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>caspofungin acetate iny. 70 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>caspofungin acetate iny. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>fluconazole in nacl 200mg; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluconazole in sodium chloride 400mg; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluconazole tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluconazole susp. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>flucytosine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>itraconazole caps.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>ketoconazole tabs. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>micafungin inj 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>micafungin inj 100mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
MYCAMINE INY. 50 MG	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MYCAMEINE INY. 100 MG	\$0 (Nivel 5)	
NOXAFILE SUSP.	\$0 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>nystatin tabs. 500000 unidades</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>posaconazole dr</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (93 EA por 30 días) MO
<i>terbinafine hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 c/u por 365 días) MO
<i>voriconazole tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>voriconazole iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>voriconazole susp. oral</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COARTEM	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mefloquine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
APTIVUS SOLN.	\$0 (Nivel 5)	
APTIVUS CÁPS.	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>atazanavir</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CRIXIVAN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>didanosine cáps. 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
EDURANT	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz cáps. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>efavirenz cáps. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>efavirenz tabs.</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
EMTRIVA	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>etravirine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
FUZEON	\$0 (Nivel 5)	
INTELENCE TABS. 25 MG	\$0 (Nivel 4)	
INTELENCE TABS. 100 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	MO
INVIRASE TABS.	\$0 (Nivel 5)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ISENTRESS HD	\$0 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS PAQ.	\$0 (Nivel 3)	MO
ISENTRESS TABS.	\$0 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS MASTICABLE 25 MG	\$0 (Nivel 3)	MO
ISENTRESS MASTICABLE 100 MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>lamivudine soln. 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamivudine tabs. 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LEXIVA SUSP.	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nevirapine er tabs. liber. prolong. 24 h 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nevirapine er tabs. liber. prolong. 24 h 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nevirapine tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nevirapine susp.</i>	\$0 (Nivel 4)	
NORVIR PAQ., SOLN. ORAL	\$0 (Nivel 4)	MO
PIFELTRO	\$0 (Nivel 5)	MO
PREZISTA SUSP.	\$0 (Nivel 5)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABS. 75 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS. 150 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS. 800 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS. 600 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
RESCRIPTOR TABS. 200 MG	\$0 (Nivel 4)	MO
REYATAZ CÁPS. 150 MG, 200 MG, PAQ.	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
RUKOBIA	\$0 (Nivel 5)	MO
SELZENTRY SOLN.	\$0 (Nivel 5)	
SELZENTRY TABS. 25 MG	\$0 (Nivel 3)	
SELZENTRY TABS. 75 MG	\$0 (Nivel 5)	
SELZENTRY TABS. 150 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>stavudine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tenofovir tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
TIVICAY PD	\$0 (Nivel 4)	MO
TIVICAY TABS. 10 MG	\$0 (Nivel 3)	MO
TIVICAY TABS. 25 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	MO
TROGARZO	\$0 (Nivel 5)	LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TYBOST	\$0 (Nivel 4)	MO
VIDEX EC CÁPS. 125 MG	\$0 (Nivel 4)	MO
VIDEX PEDIÁTRICO	\$0 (Nivel 4)	MO
VIRACEPT TABS.	\$0 (Nivel 5)	MO
VIREAD	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>zidovudine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETRÓVIRALES		
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
ATRIPLA	\$0 (Nivel 5)	MO
BIKTARVY	\$0 (Nivel 5)	MO
CIMDUO	\$0 (Nivel 5)	MO
COMPLERA	\$0 (Nivel 5)	MO
DELSTRIGO	\$0 (Nivel 5)	MO
DESCOVY	\$0 (Nivel 5)	MO
DOVATO	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ	\$0 (Nivel 5)	MO
GENVOYA	\$0 (Nivel 5)	MO
JULUCA	\$0 (Nivel 5)	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	\$0 (Nivel 4)	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 200mg; 50mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
ODEFSEY	\$0 (Nivel 5)	MO
PREZCOBIX	\$0 (Nivel 5)	MO
STRIBILD	\$0 (Nivel 5)	MO
SYMFY	\$0 (Nivel 5)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYMFI LO	\$0 (Nivel 5)	MO
SYMTUZA	\$0 (Nivel 5)	MO
TEMIXYS	\$0 (Nivel 5)	MO
TRIUMEQ	\$0 (Nivel 5)	MO
TRUVADA	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine	\$0 (Nivel 5)	MO
ethambutol hydrochloride	\$0 (Nivel 4)	MO
isoniazid tabs.	\$0 (Nivel 1)	MO
isoniazid jarabe	\$0 (Nivel 2)	MO
isoniazid iny.	\$0 (Nivel 4)	
PASER	\$0 (Nivel 4)	MO
PRETOMANID	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA
PRIFTIN	\$0 (Nivel 4)	MO
pyrazinamide	\$0 (Nivel 4)	MO
rifabutin	\$0 (Nivel 4)	MO
rifampin cáps.	\$0 (Nivel 3)	MO
rifampin iny.	\$0 (Nivel 4)	
RIFATER	\$0 (Nivel 4)	MO
SIRTURO TABS. 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA
SIRTURO TABS. 100 MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TRECATOR	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIVIRALES		
acyclovir sodium inj 50mg/ml	\$0 (Nivel 4)	B/D
acyclovir caps 200mg	\$0 (Nivel 2)	MO
acyclovir susp 200mg/5ml	\$0 (Nivel 2)	MO
acyclovir tabs 400mg, 800mg	\$0 (Nivel 2)	MO
adefovir dipivoxil	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE SOLN.	\$0 (Nivel 4)	MO
entecavir	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 (Nivel 5)	PA
EPIVIR HBV SOLN.	\$0 (Nivel 4)	MO
famciclovir tabs. 500 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (21 c/u por 30 días) MO
famciclovir tabs. 125 mg, 250 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
ganciclovir iny. 500 mg/10 ml, 500 mg	\$0 (Nivel 3)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HARVONI	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>lamivudine tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
MAVYRET	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>oseltamivir phosphate cáps. 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate cáps. 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate susp. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1080 ML por 365 días) MO
PEGASYS	\$0 (Nivel 5)	PA
PREVYMIS TABS.	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) MO
RELENZA DISKHALER	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin cáps., tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>ribavirin inh</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>valacyclovir hcl tabs. 1 g</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>valacyclovir hydrochloride tabs. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride soln. oral</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>valganciclovir tabs.</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
VEMLIDY	\$0 (Nivel 5)	MO
VOSEVI	\$0 (Nivel 5)	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFACLOR ER	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFAZOLIN INY. 2 G/100 ML; 4 %	\$0 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INY. 1 G/50 ML; 4 %	\$0 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INY. 100 G, 300 G	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium iny. iv. 1 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium iny. 10 g, 1 g, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefdinir cáps.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefdinir susp. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefepime iny. 1 g, 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefixime caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefixime susp. oral</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefotetan</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium inj. 10 g, 1 g, 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime iny. 6 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime iny. 1 g, 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 (Nivel 4)	
CEFTRIAXONE SODIUM INY. 100 G	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium iny. iv. 1 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium iny. 10 g, 1 g, 250 mg, 2 g, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefuroxime axetil tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefuroxime sodium iny. 1.5 g, 7.5 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime sodium iny. 750 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
SUPRAX ORAL SUSP 500MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	
SUPRAX CHEW 100MG	\$0 (Nivel 4)	
SUPRAX CHEW 200MG	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tazicef</i>	\$0 (Nivel 4)	
TEFLARO	\$0 (Nivel 5)	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
AZITHROMYCIN PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>azithromycin oral susp, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azithromycin iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>clarithromycin er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DIFICID SUSR	\$0 (Nivel 5)	
DIFICID TABS.	\$0 (Nivel 5)	MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INY. 500 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>erythrocin stearate tabs. 250 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin stearate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin cáps. con gránulos liber. prolong. 250 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs. 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w iny. 200 mg/100 ml; 5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w iny. 400 mg/200 ml; 5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin iny. 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin soln. oral 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>levofloxacin tabs. 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hydrochloride iny. 400 mg/250 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs. 400 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin cáps. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium iny. 10 g, 125 mg, 1 g iv., 250 mg, 2 g iv.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium iny. 1 g, 2 g, 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin-sulbactam</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>BICILLIN L-A</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dicloxacillin cáps.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nafcillin sodium inj 1gm, 2gm iv</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium iny. 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nafcillin sodium inj 10gm</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oxacillin sodium iny. 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>penicillin g potassium</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PENICILLIN G PROCAINE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>penicillin v potassium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>doxycycline hyclate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline monohydrate caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline susp. oral 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	ST MO
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	ST MO
<i>monodoxe nl cáps. 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>morgidox 1x100 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>morgidox 2x100 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>okebo</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tetracycline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 (Nivel 5)	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
ALQUILANTES		
BENDEKA	\$0 (Nivel 5)	
<i>busulfan</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>carboplatin</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>carmustine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cisplatin iny. 100 mg/100 ml, 200 mg/200 ml, 50 mg/50 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide cáps.</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 1GM/5ML, 500MG/2.5ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>cyclophosphamide inj 1gm, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GLEOSTINE CÁPS. 10 MG	\$0 (Nivel 4)	MO
GLEOSTINE CÁPS. 100 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 5)	MO
IFEX	\$0 (Nivel 4)	
IFOSFAMIDE INY. 3 G	\$0 (Nivel 4)	
<i>ifosfamide iny. 1 g/20 ml, 1 g, 3 g/60 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
LEUKERAN	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>melphalan hydrochloride iny.</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>melphalan tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>oxaliplatin</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paraplatin</i>	\$0 (Nivel 3)	
PEPAXTO	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA
<i>thiotepa</i>	\$0 (Nivel 5)	
ZEPZELCA	\$0 (Nivel 5)	PA
ANTIBIÓTICOS		
<i>bleomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>dactinomycin</i>	\$0 (Nivel 5)	
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE INY. 50 MG/10 ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>daunorubicin hydrochloride iny. 20 mg/4 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>doxorubicin hydrochloride liposomal 20mg/10ml, 50mg/25ml, 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>epirubicin hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>idarubicin hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mitomycin iny. 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mitomycin iny. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>mutamycin iny. 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mutamycin iny. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
ANTIMETABOLITOS		
<i>adrucil</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
ALIMTA	\$0 (Nivel 5)	
<i>azacitidine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cladribine</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>clofarabine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cytarabine</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>cytarabine aqueous</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>decitabine</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fludarabine phosphate</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluorouracil iny. 1 g/20 ml, 2.5 g/50 ml, 500 mg/10 ml, 5 g/100 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>gemcitabine hcl iny. 1 g, 200 mg, 2 g</i>	\$0 (Nivel 4)	
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1GM/10ML, 2GM/20ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>gemcitabine hydrochloride inj 1gm/26.3ml, 200mg/2ml, 200mg/5.26ml, 2gm/52.6ml, 38mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mercaptopurine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 1gm</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>methotrexate sodium iny. 250 mg/10 ml, 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>methotrexate pf iny. 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
ONUREG	\$0 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA
PURIXAN	\$0 (Nivel 5)	
TABLOID	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>anastrozole</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bicalutamide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DEPO-PROVERA INY. 400 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	
EMCYT	\$0 (Nivel 4)	MO
ERLEADA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>exemestane</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>flutamide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fulvestrant</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>letrozole</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>leuprolide acetate</i>	\$0 (Nivel 3)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INJ 3.75MG	\$0 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INJ 11.25MG	\$0 (Nivel 5)	PA
LYSODREN	\$0 (Nivel 3)	
<i>megestrol acetate tabs. 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 (Nivel 5)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NUBEQA	\$0 (Nivel 5)	PA
ORGOVYX	\$0 (Nivel 5)	PA MO
SOLTAMOX	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
TRELSTAR MIXJECT	\$0 (Nivel 5)	PA
XTANDI TABS	\$0 (Nivel 5)	PA
XTANDI CAPS	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZYTIGA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
INMUNOMODULADORES		
POMALYST CÁPS. 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 21 días) PA LA
POMALYST CÁPS. 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
REVLIMID	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
THALOMID CÁPS. 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
THALOMID CÁPS. 150 MG, 200 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
VARIOS		
<i>arsenic trioxide</i>	\$0 (Nivel 5)	
ASPARLAS	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>bexarotene</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>dacarbazine</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>hydroxyurea</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
IMLYGIC	\$0 (Nivel 5)	PA
INQOVI	\$0 (Nivel 5)	QL (5 EA por 28 días) PA
<i>irinotecan hydrochloride inj 300mg/15ml, 40mg/2ml, 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>irinotecan iny. 500 mg/25 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
KISQALI FEMARA 200MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI FEMARA 400MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI FEMARA 600MG-2.5MG CO-PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
LONSURF	\$0 (Nivel 5)	PA
MATULANE	\$0 (Nivel 5)	LA MO
<i>mitoxantrone hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	
NIPENT	\$0 (Nivel 5)	
ONCASPAR	\$0 (Nivel 5)	PA
SYLATRON KIT 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SYNRIBO	\$0 (Nivel 5)	PA
TOPOTECAN HCL INJ 4MG/4ML	\$0 (Nivel 5)	
<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>tretinoin cáps. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
WELIREG	\$0 (Nivel 5) QL (90 EA por 30 días)	PA MO
INHIBIDORES CELULARES		
ABRAXANE	\$0 (Nivel 5)	
DOCETAXEL INY. 160 MG/16 ML	\$0 (Nivel 4)	
DOCETAXEL INY. 160 MG/8 ML, 200 MG/10 ML, 20 MG/2 ML, 80 MG/8 ML	\$0 (Nivel 5)	
<i>docetaxel iny. 20 mg/ml, 80 mg/4 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>etoposide iny.</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>paclitaxel iny. 100 mg/16.7 ml, 150 mg/25 ml, 300 mg/50 ml, 30 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>toposar</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vinblastine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>vincristine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	
FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES		
AFINITOR DISPERZ TABS. SOLUBLES 2 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
AFINITOR DISPERZ TABS. SOLUBLES 5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
AFINITOR DISPERZ TABS. SOLUBLES 3 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
AFINITOR TABS. 10 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
ALECENSA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ALUNBRIG	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
AVASTIN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
AYVAKIT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
BALVERSA TABS. 5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
BALVERSA TABS. 4 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
BALVERSA TABS. 3 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA
BELEODAQ	\$0 (Nivel 5)	PA
BLENREP	\$0 (Nivel 5)	PA
BORTEZOMIB	\$0 (Nivel 5)	PA
BOSULIF	\$0 (Nivel 5)	PA
BRAFTOVI	\$0 (Nivel 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRUKINSA	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
CABOMETYX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
CALQUENCE	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
CAPRELSA	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
COMETRIQ	\$0 (Nivel 5)	PA LA
COPIKTRA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
COTELLIC	\$0 (Nivel 5)	PA LA
DAURISMO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ENHERTU	\$0 (Nivel 5)	PA
ERIVEDGE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>erlotinib hydrochloride tabs. 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 2mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 3mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
EXKIVITY	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
FARYDAK CÁPS. 15 MG	\$0 (Nivel 5)	PA
FARYDAK CÁPS. 10 MG, 20 MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
FOTIVDA	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA MO
GAVRETO	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
GILOTrif	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
HERCEPTIN	\$0 (Nivel 5)	PA
HERCEPTIN HYLECTA	\$0 (Nivel 5)	PA
IBRANCE TABS.	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA
IBRANCE CÁPS.	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
15 MGICLUSIG TABS 15MG, 45MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
ICLUSIG TABS 10MG, 30MG	\$0 (Nivel 5)	PA MO
IDHIFA	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>imatinib mesylate tabs. 400 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>imatinib mesylate tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
IMBRUVICA	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
INLYTA TABS. 5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INLYTA TABS. 1 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
INREBIC	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
IRESSA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
JAKAFI	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
KADCYLA	\$0 (Nivel 5)	
KEYTRUDA	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LIBTAYO	\$0 (Nivel 5)	PA
LORBRENA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LUMAKRAS	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA
LUMOXITI	\$0 (Nivel 5)	PA
LYNPARZA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
MEKINIST	\$0 (Nivel 5)	PA LA
MEKTOVI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
MONJUVI	\$0 (Nivel 5)	PA
MYLOTARG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
NERLYNX	\$0 (Nivel 5)	PA LA
NEXAVAR	\$0 (Nivel 5)	PA LA
NINLARO	\$0 (Nivel 5)	PA
ODOMZO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
PADCEV	\$0 (Nivel 5)	PA
PEMAZYRE	\$0 (Nivel 5)	QL (14 EA por 21 días) PA
PHESGO	\$0 (Nivel 5)	PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POLIVY	\$0 (Nivel 5)	PA
POTELIGEO	\$0 (Nivel 5)	PA
QINLOCK	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
RETEVMO CÁPS. 80 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
RETEVMO CÁPS. 40 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
RITUXAN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
RITUXAN HYCELA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ROMIDEPSIN INJ 10MG	\$0 (Nivel 5)	
<i>romidepsin inj 27.5mg/5.5ml</i>	\$0 (Nivel 5)	
ROZLYTREK CAPS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
ROZLYTREK CAPS 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
RUBRACA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
RYDAPT	\$0 (Nivel 5)	PA
SARCLISA	\$0 (Nivel 5)	PA
SPRYCEL	\$0 (Nivel 5)	PA
STIVARGA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>sunitinib malate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
SUTENT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
TABRECTA	\$0 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA
TAFINLAR	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TAGRISSO	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
TALZENNA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TASIGNA	\$0 (Nivel 5)	PA
TAZVERIK	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA
TECENTRIQ INJ 840MG/14ML	\$0 (Nivel 5)	PA
TECENTRIQ INJ 1200MG/20ML	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>temsirolimus</i>	\$0 (Nivel 5)	
TEPMETKO	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
TIBSOVO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TRODELVY	\$0 (Nivel 5)	PA
TRUSELTIQ CPPK 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA MO
TRUSELTIQ CPPK 125MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (42 EA por 28 días) PA MO
TRUSELTIQ CPPK 75MG	\$0 (Nivel 5)	QL (63 EA por 28 días) PA MO
TUKYSA TABS. 150 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TUKYSA TABS. 50 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
TURALIO	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
TYKERB	\$0 (Nivel 5)	PA LA
UKONIQ	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
VELCADE	\$0 (Nivel 5)	PA
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VENCLEXTA TABS. 10 MG	\$0 (Nivel 4)	PA LA
VENCLEXTA TABS. 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VERZENIO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VITRAKVI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VIZIMPRO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VOTRIENT	\$0 (Nivel 5)	PA LA
XALKORI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
XOSPATA	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (20 c/u por 28 días) PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (16 EA por 28 días) PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (12 c/u por 28 días) PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (24 EA por 28 días) PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (16 EA por 28 días) PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	\$0 (Nivel 5)	QL (32 c/u por 28 días) PA
XPOVIO TBPK 40MG, 60MG	\$0 (Nivel 5)	QL (4 EA por 28 días) PA MO
XPOVIO TBPK 40MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA MO
YEROVY	\$0 (Nivel 5)	PA
ZEJULA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZELBORAF	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZIRABEV	\$0 (Nivel 5)	PA
ZOLINZA	\$0 (Nivel 5)	PA
ZYDELIG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZYKADIA	\$0 (Nivel 5)	PA

AGENTES PROTECTORES

dexrazoxane \$0 (Nivel 4)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ELITEK	\$0 (Nivel 5)	
KHAPZORY	\$0 (Nivel 5)	B/D
<i>leucovorin calcium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>leucovorin calcium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levoleucovorin calcium inj 175mg/17.5ml, 250mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levoleucovorin iny. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>mesna</i>	\$0 (Nivel 4)	
MESNEX TABS.	\$0 (Nivel 5)	MO

CARDIOVASCULARES

COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA

<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<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</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

INHIBIDORES DE LA ECA

<i>benazepril hcl tabs. 10 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride tabs. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>enalapril maleate</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 2)	MO
<i>quinapril hcl tabs. 20 mg, 40 mg, 5 mg</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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>spironolactone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prazosin hcl cáps. 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>prazosin hydrochloride cáps. 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>terazosin hcl cáps. 10 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride cáps. 2 mg</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 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hctz tabs. 10 mg/12.5 mg/160 mg, 10 mg/25 mg/160 mg, 5 mg/25 mg/160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs. 5 mg/12.5 mg/160 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs. 32 mg; 12.5 mg, 32 mg; 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs. 16 mg; 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 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 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/amlodipine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs. 12.5 mg; 40 mg, 25 mg; 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs. 12.5 mg; 80 mg</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

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>EDARBI</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eprosartan mesylate</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días)
<i>irbesartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs. 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs. 320 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs. 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl tabs 200mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amiodarone hcl iny. 50 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hydrochloride tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amiodarone hydrochloride iny. 150 mg/3 ml, 450 mg/9 ml, 900 mg/18 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flecainide acetate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>LIDOCAINE HCL IN D5W</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>LIDOCAINE HCL INJ 100MG/5ML</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hcl inj 100mg/5ml (prefilled syringe), 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>MULTAQ</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>NORPACE CR</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pacerone</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propafenone hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sorine</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sotalol hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sotalol hcl af</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fenofibrate cáps.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fenofibrate tabs. 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fenofibrate tabs 120mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fenofibric acid dr cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gemfibrozil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin cáps.</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er tabs.</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 4)	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>colestipol hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>FENOFIBRIC ACID TABS</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>JUXTAPID</i>	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>niacin er tabs. liber. cont. 1000 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>niacin er tabs. liber. cont. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>niacin tabs. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>niacor</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>omega-3-acid ésteres etílicos</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>PRALUENT</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>prevalite</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>VASCEPA</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/ DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>atenolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl tabs. 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>BYSTOLIC TABS. 10 MG, 2.5 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>BYSTOLIC TABS. 20 MG</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol phosphate er cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>labetalol hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>labetalol hydrochloride iny. 5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate cartucho 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>metoprolol tartrate ampolla 5 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nadolol</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pindolol</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol hcl er cáps. 120 mg, 160 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>propranolol hcl soln. oral, tabs. 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol hcl iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>propranolol hydrochloride er cáps. 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>propranolol hydrochloride tabs. 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>afeditab cr tabs. liber. prolong. 24 h 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dilt-xr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl cd</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl er caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DILTIAZEM HCL INY. 100 MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl iny. 125 mg/25 ml, 50 mg/10 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hydrochloride iny. 25 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>felodipine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>isradipine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>matzim la</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nicardipine hcl cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nifedical xl</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nifedipine er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nimodipine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nisoldipine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NYMALIZE	\$0 (Nivel 5)	
<i>taztia xt</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt cáps. liber. prolong. 24 h 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er cáps. liber. prolong. 24 h 420 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er cáps. 100 mg, 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VERAPAMIL HCL SR CÁPS. LIBER. PROLONG. 24 H 360 MG	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>verapamil hcl sr cáps. liber. prolong. 24 h 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl sr tabs. liber. cont. 240 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride er cáps. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride tabs. 120 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl iny. 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>acetazolamide tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bumetanide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>furosemide soln. oral, tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methazolamide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metolazone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>torsemide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>aliskiren</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BIDIL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clonidine hcl parche semanal</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CORLANOR SOLN.	\$0 (Nivel 4)	
CORLANOR TABS.	\$0 (Nivel 4)	MO
DEMSER	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>digitek</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digox</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>digoxin tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>droxidopa caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>epinephrine hcl inj soln inj 30mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>guanfacine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydralazine hcl tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydralazine hcl iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hydralazine hydrochloride tabs. 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methyldopa</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>metyrosine</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>midodrine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>minoxidil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NORTHERA CÁPS. 200 MG, 300 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
NORTHERA CÁPS. 100 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
<i>ranolazine er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>isosorbide dinitrate immediate release tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>isosorbide mononitrate er tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isosorbide mononitrate tabs. de liberación inmediata</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>minitran</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITRO-BID	\$0 (Nivel 3)	MO
NITRO-DUR	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin aerosol lingual 0.4 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin parche</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITROGLYCERIN INY.	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin subl.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
<i>alyq</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>ambrisentan</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>bosentan tabs 62.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
<i>bosentan tabs 125mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D LA
OPSUMIT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>sildenafil iny.</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1125 ML por 30 días) PA
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tadalafil (genérico de adcirca) tabs. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
TRACLEER TABS. PARA SUSP. ORAL.	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
<i>treprostinil</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
VENTAVIS	\$0 (Nivel 5)	PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANSIOLÍTICOS		
<i>alprazolam er tb24 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>alprazolam er tb24 1mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam er tb24 3mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam er tb24 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ALPRAZOLAM INTENSOL</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs. 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs. 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>buspirone hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>buspirone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl tabs. 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>chlordiazepoxide hydrochloride tabs. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvoxamine maleate tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam conc.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam inj.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs. 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs. 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>meprobamate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>oxazepam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
ANTICONVULSIVOS		
<i>APTIOM</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>BANZEL</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>BRIVIACT INY.</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>BRIVIACT SOLN. ORAL, TABS.</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>carbamazepine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbamazepine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>CELONTIN</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clobazam tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>clobazam susp</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>clonazepam tabs. bucodispersables, tabs. disg. 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
clonazepam tabs. bucoidispersables, tabs. disg. 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
clonazepam tabs. 2 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (300 EA por 30 días) MO
clonazepam tabs. 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
clorazepate dipotassium tabs. 15 mg	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
clorazepate dipotassium tabs. 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
DIACOMIT CÁPS. 500 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
DIACOMIT CÁPS. 250 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA
DIACOMIT PAQ. 500 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
DIACOMIT PAQ. 250 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA
DIAZEPAM GEL RECTAL	\$0 (Nivel 4)	MO
diazepam tabs.	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
diazepam conc. oral 5 mg/ml	\$0 (Nivel 3)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
diazepam soln. oral	\$0 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO
diazepam iny.	\$0 (Nivel 4)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
DILANTIN	\$0 (Nivel 4)	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 (Nivel 4)	MO
DILANTIN-125	\$0 (Nivel 4)	MO
divalproex sodium dr	\$0 (Nivel 3)	MO
divalproex sodium er	\$0 (Nivel 4)	MO
divalproex sodium cáps. con gránulos dispersables	\$0 (Nivel 3)	MO
EPIDIOLEX	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA LA
epitol	\$0 (Nivel 4)	
ethosuximide cáps.	\$0 (Nivel 3)	MO
ethosuximide soln.	\$0 (Nivel 4)	MO
felbamate	\$0 (Nivel 4)	MO
FINTEPLA	\$0 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA
fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2ml	\$0 (Nivel 4)	
fosphenytoin sodium inj 500mg pe/10ml	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FYCOMPA SUSP.	\$0 (Nivel 5)	QL (720 ML por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 2MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS. 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 4MG, 6MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>gabapentin cáps. 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin cáps. 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs. 600 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs. 800 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamotrigine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine kit inicial/verde</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levetiracetam er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam soln. oral, tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levetiracetam iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
NAYZILAM	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>oxcarbazepine susp.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PEGANONE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>phenobarbital sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>phenobarbital tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital elix</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO
PHENYTEK	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>phenytoin masticable, susp.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>phenytoin sodium extended</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>phenytoin sodium iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pregabalin cáps. 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pregabalin cáps. 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin cáps. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>roweepra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>roweepra xr</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>rufinamide</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>SPRITAM</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>subvenite</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>subvenite starter kit/green</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>SYMPAZAN FILM 5MG</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>tiagabine hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>TOPIRAMATE ER</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>valproate sodium iny. 100 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>valproic acid cáps., soln.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>VALTOCO</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>vigadrona</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>VIMPAT INY.</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>VIMPAT ORAL SOLN</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>VIMPAT TABS 50MG</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>VIMPAT TABS 100MG, 150MG, 200MG</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>XCOPRI TABS.</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG-25MG</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>XCOPRI MAINTENANCE PACK 150MG-200MG</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>XCOPRI MAINTENANCE PACK 50MG-200MG, TITRATION PACK 50MG-100MG, TITRATION PACK 150MG-200MG</i>	\$0 (Nivel 5)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XCOPRI MAINTENANCE PACK 100MG-150MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) MO
<i>zonisamide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tabs. bucoidispersables 5 mg, 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs. 23 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tabs. 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
MEMANTINE HCL PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 (Nivel 3)	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>memantine hydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>rivastigmine tartrate cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine patch</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>amitriptyline hydrochloride tabs. 10 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>amoxapine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tabs. liber. prolong. 12 h 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tabs. 75 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>citalopram hydrobromide soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>citalopram hydrobromide tabs. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clomipramine hcl cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>desipramine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DESVENLAFAXINE ER (GENÉRICO DE KHEDEZLA) TABS. LIBER. PROLONG. 24 H 100 MG, 50 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desvenlafaxine er (genérico de Pristiq) tabs. liber. prolong. 24 h 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>doxepin hcl cáps. 10 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg, conc. oral 10 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>doxepin hydrochloride cáps. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
DRIZALMA CÁPS. CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBER. PROLONG. 20 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CÁPS. CON GRÁNULOS DISPERSABLES DE LIBER. PROLONG. 40 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hydrochloride cáps. 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
EMSAM	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs. 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (45 EA por 30 días) MO
FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS	\$0 (Nivel 4)	PA MO
FETZIMA CÁPS. LIBER. PROLONG. 24 H 120 MG, 80 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA CÁPS. LIBER. PROLONG. 24 H 20 MG, 40 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>fluoxetine dr cáps. 90 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>fluoxetine hcl cáps. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride cáps. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride cáps. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride soln.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoxetine hydrochloride (genérico de Prozac) tabs. 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoxetine hydrochloride tabs. 60 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>imipramine hcl tabs. 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>imipramine hydrochloride tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>imipramine pamoate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>maprotiline hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
MARPLAN	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine odt</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hcl tabs. 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nefazodone hydrochloride tabs. 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nortriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nortriptyline hydrochloride cáps. 10 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>paroxetine hcl er tabs. liber. prolong. 24 h 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl er tabs. liber. prolong. 24 h 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl tabs. 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días)
PAXIL SUSP. ORAL	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sertraline hcl conc. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>sertraline hcl tabs. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hcl tabs. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trazodone hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trimipramine maleate cáps. 50 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate cáps. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate cáps. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
TRINTELLIX TABS. 5 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
TRINTELLIX TABS. 20 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRINTELLIX TABS. 10 MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er cáps. liber. prolong. 24 h 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er cáps. liber. prolong. 24 h 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl tabs. liber. prolong. 24 h 37.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl tabs. 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>venlafaxine hydrochloride er cáps. liber. prolong. 24 h 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hydrochloride er tabs. liber. prolong. 24 h 225 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hydrochloride er tabs. liber. prolong. 24 h 150 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
VIIBRYD	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
VIIBRYD PAQ. INICIAL	\$0 (Nivel 4)	MO
ZOLOFT CONC. ORAL	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>amantadine hcl soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>amantadine hcl cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
APOKYN	\$0 (Nivel 5)	QL (60 ML por 30 días) PA LA
<i>benztropine mesylate iny.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>benztropine mesylate tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>bromocriptine mesylate tabs., cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa tabs.</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>entacapone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
KYNMOBI	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
NEUPRO	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pramipexole dihydrochloride tabs. de liberación inmediata</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ropinirole er tabs. liber. prolong. 24 h 6 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tabs. liber. prolong. 24 h 4 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tabs. liber. prolong. 24 h 2 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tabs. liber. prolong. 24 h 12 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tabs. liber. prolong. 24 h 8 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl tabs. de liberación inmediata 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ropinirole hydrochloride tabs. de liberación inmediata 0.25 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>selegiline hcl tabs., cáps.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>trihexyphenidyl hcl soln. oral</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
ANTIPSICÓTICOS		
<i>ABILIFY MAINTENA</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>aripiprazole tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>ARISTADA INITIO</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>ARISTADA INY. 441 MG/1.6 ML</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1.6 ML por 28 días)
<i>ARISTADA INY. 662 MG/2.4 ML</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 28 días)
<i>ARISTADA INY. 882 MG/3.2 ML</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 28 días)
<i>ARISTADA INY. 1064 MG/3.9ML</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (3.9 ML por 56 días)
<i>asenapine maleate sl</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>CAPLYTA</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorpromazine hcl iny. 50 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl iny. 25 mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clozapine</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES, TABS. DISG. 200 MG</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (135 EA por 30 días) PA
<i>CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES, TABS. DISG. 150 MG</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clozapine tabs. bucodispersables, tabs. disg. 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>clozapine tabs. bucodispersables, tabs. disg. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (270 EA por 30 días) PA
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Nivel 4)	PA MO
FANAPT TABS 1MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>fluphenazine decanoate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluphenazine hcl conc. oral, tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluphenazine hcl iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluphenazine hydrochloride elixir oral</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
GEODON INY.	\$0 (Nivel 4)	QL (6 EA por 3 días) MO
<i>haloperidol tabs, oral conc</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>haloperidol decanoate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>haloperidol lactate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
INVEGA SUSTENNA INY. 39 MG/0.25 ML	\$0 (Nivel 4)	QL (0.25 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INY. 78 MG/0.5 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INY. 117 MG/0.75 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.75 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INY. 156 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML cada 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INY. 234 MG/1.5 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
INVEGA TRINZA INY. 273 MG/0.875 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.88 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INY. 410 MG/1.315 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INY. 546 MG/1.75 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.75 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INY. 819 MG/2.625 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2.63 ML por 90 días)
LATUDA TABS. 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
LATUDA TABS. 80 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>loxapine cáps. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>loxapine succinate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>molindone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	
NUPLAZID	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olanzapine iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (3 EA por 1 días) MO
<i>olanzapine tabs. 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>olanzapine tabs. 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tabs. liber. prolong. 24 h 1.5 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tabs. liber. prolong. 24 h 6 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tabs. liber. prolong. 24 h 9 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>perphenazine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PERSERIS	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 30 días)
<i>pimozide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>quetiapine fumarate er tabs. liber. prolong. 24 h 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>quetiapine fumarate tabs. liber. prolong. 24 h 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>quetiapine fumarate tabs. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs. 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs. 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS. 3 MG, 4 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS. 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs. bucodispersables, tabs. disg. 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>risperidone soln.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>risperidone tabs. 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs. 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs. 0.25 mg, 0.5 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
SAPHRIS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
SECUADO PT24 3.8 MG/24 H, 7.6 MG/24 H	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días)
SECUADO PT24 5.7 MG/24 H	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>thioridazine hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>thiothixene</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trifluoperazine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
VERSACLOZ	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VRAYLAR CÁPS. PAQUETE DE TRATAMIENTO	\$0 (Nivel 4)	PA MO
VRAYLAR CÁPS. 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VRAYLAR CÁPS. 1.5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>ziprasidone hcl cáps.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ziprasidone mesylate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 EA por 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 405MG	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine er cáps. liber. prolong. 24 h</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs. 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cáps. 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cáps. 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine cáps. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tabs. 5 mg, 10 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs. 2.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>metadate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride cd er caps 10mg, 20mg, 50mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 10mg, 20mg, 40mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Aptensio XR) 10mg, 15mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride er cáps. liber. prolong. 24 h (genérico de Ritalin LA) 30 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tb24 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride cd er cáps. 10 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TBCR 72MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tabs. liber. cont. (genérico de Concerta) 18 mg, 27 mg, 36 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tabs. liber. cont. 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride chewable tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride oral soln 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride oral soln 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
VYVANSE	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tabs. 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tabs. 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eszopiclone</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
HETLIOZ	\$0 (Nivel 5)	PA LA
HETLIOZ LQ	\$0 (Nivel 5)	QL (158 ML por 30 días) PA MO
<i>temazepam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>triazolam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>zaleplon caps 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zaleplon cáps. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>zolpidem tartrate immediate release tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zolpidem tartrate subl</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
MIGRAÑA		
AIMOVIG	\$0 (Nivel 3)	QL (1 ML por 30 días) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>almotriptan malate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (8 c/u por 30 días) MO
<i>dihydroergotamine mesylate iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate soln. nasal</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>frovatriptan succinate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan aerosol nasal</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate refill</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate jeringa precargada 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate iny. 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan/naproxen sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (9 EA por 30 días) MO
UBRELVY	\$0 (Nivel 5)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
<i>zolmitriptan odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 c/u por 30 días) MO
<i>zolmitriptan tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 c/u por 30 días) MO
VARIOS		
AUSTEDO TABS. 12 MG, 9 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
AUSTEDO TABS. 6 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
GUANIDINE HCL	\$0 (Nivel 4)	
<i>lithium carbonate cáps., tabs.</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LITHIUM SOLN. ORAL	\$0 (Nivel 4)	MO
LYRICA CR	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NUEDEXTA	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>riluzole</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tetrabenazine tabs. 25 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
<i>tetrabenazine tabs. 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA
AVONEX PEN	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA
BETASERON	\$0 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA
COPAXONE INY. 40 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA
COPAXONE INY. 20 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA
<i>dalfampridine er</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
GILENYA CÁPS. 0.5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
REBIF	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ml por 28 días) PA
REBIF REBIDOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ml por 28 días) PA
REBIF REBIDOSE TITRATION PACK	\$0 (Nivel 5)	QL (8.4 ml por 365 días) PA
REBIF TITRATION PACK	\$0 (Nivel 5)	QL (8.4 ml por 365 días) PA
TECFIDERA PAQ. INICIAL	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 365 días) PA
TECFIDERA CÁPS. LIBER. PROLONG. 120 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (14 EA por 7 días) PA
TECFIDERA CÁPS. LIBER. PROLONG. 240 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i>baclofen tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CHLORZOXAZONE TABS 250MG	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>chlorzoxazone tabs. 500 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i>cyclobenzaprine hydrochloride tabs. 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>dantrolene sodium caps. 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tizanidine hcl tabs. 2 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tizanidine hydrochloride tabs. 4 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i>armodafinil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tabs. 100 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>modafinil tabs. 200 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
XYREM	\$0 (Nivel 5)	QL (540 ML por 30 días) PA LA
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i>acamprosate calcium dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
APO-VARENICLINE	\$0 (Nivel 4)	PA MO
buprenorphine hcl subl. 2 mg, 8 mg	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
buprenorphine hcl/naloxone hcl subl. tabs.	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12 mg; 3 mg	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride película 2 mg; 0.5 mg, 4 mg; 1 mg, 8 mg; 2 mg	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
CHANTIX	\$0 (Nivel 4)	PA MO
CHANTIX PAQ. DE MES CONTINUO	\$0 (Nivel 4)	PA MO
CHANTIX PAQ. DE MES INICIAL	\$0 (Nivel 4)	PA MO
disulfiram tabs.	\$0 (Nivel 4)	MO
naloxone hcl cartridge 0.4mg/ml	\$0 (Nivel 2)	
naloxone hcl iny. 4 mg/10 ml	\$0 (Nivel 2)	MO
naloxone hcl iny. 2 mg/2 ml	\$0 (Nivel 3)	
naloxone hydrochloride iny. 0.4 mg/ml	\$0 (Nivel 2)	MO
naltrexone hcl tabs.	\$0 (Nivel 3)	MO
NARCAN	\$0 (Nivel 3)	MO
NICOTROL INHALADOR	\$0 (Nivel 4)	MO
NICOTROL AEROSOL NASAL	\$0 (Nivel 4)	MO
VARENICLINE TARTRATE	\$0 (Nivel 4)	PA MO
VIVITROL	\$0 (Nivel 5)	

ENDOCRINOS Y METABÓLICOS

ANDRÓGENOS

ANADROL-50	\$0 (Nivel 5)	PA MO
ANDRODERM	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
oxandrolone tabs. 2.5 mg	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
oxandrolone tabs. 10 mg	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
testosterone cypionate iny.	\$0 (Nivel 4)	PA MO
testosterone enanthate iny.	\$0 (Nivel 4)	PA MO
testosterone pump gel 1% (12.5mg/act)	\$0 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) PA MO
testosterone solución tópica	\$0 (Nivel 3)	QL (180 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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>testosterone pump gel 2% (10mg/act)</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>testosterone gel 1 % (25 mg/2.5 g, 50 mg/5 g)</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) PA MO
<i>testosterone soln. tópica 30 mg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 ML por 30 días) PA MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD TOALLITAS DE ALCOHOL	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/ MHC JERINGA DE INSULIN ULTRAFINE II/0.3 ML/31 G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 (Nivel 3)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV. IDIA/MHC JERINGA DE INSULIN SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/ MHC JERINGA DE INSULIN ULTRA- FINE/0.5 ML/30 G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA JERINGUILLA/ORIGINAL/ULTRA-FINE	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/ MHC JERINGA DE INSULIN ULTRA- AFINE/0.3 ML/31 G X 6 MM	\$0 (Nivel 1)	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP	\$0 (Nivel 3)	MO
FIASP FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
FIASP PENFILL	\$0 (Nivel 3)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 (Nivel 5)	MO
LEVEMIR	\$0 (Nivel 3)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLIN N FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN (NO SE CUBRE LA MARCA RELION)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG PENFILL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
TRESIBA	\$0 (Nivel 3)	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 (Nivel 3)	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose tabs	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
BYDUREON BCISE	\$0 (Nivel 3)	QL (3.4 ML por 28 días) MO
BYDUREON PEN	\$0 (Nivel 3)	QL (4 EA por 28 días)
BYETTA INJ 5MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 4)	QL (1.2 ML por 30 días) MO
BYETTA INY. 10 MG/0.04 ML	\$0 (Nivel 4)	QL (2.4 ML por 30 días) MO
FARXIGA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
glimepiride tabs 4mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
glimepiride tabs. 1 mg, 2 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
glipizide er tb24 10mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
glipizide er tabs. liber. prolong. 24 h 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
glipizide xl tb24 10mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
glipizide xl tabs. liber. prolong. 24 h 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
glipizide/metformin hydrochloride tabs. 2.5 mg; 250 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
glipizide tabs 10mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
glipizide tabs. 5 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TABS. LIBER. PROLONG. 24 H 1000 MG; 50 MG, 500 MG; 50 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS 25MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS. 10 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TB24 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
metformin hydrochloride er tabs. liber. prolong. 24 h (genérico de Glucophage XR) 500 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
metformin hydrochloride er tabs. liber. prolong. 24 h (genérico de Glucophage XR) 750 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
metformin hydrochloride er tabs. liber. prolong. 24 h (genérico de Glumetza y Fortamet) 500 mg	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
metformin hydrochloride tabs 500mg	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
metformin hydrochloride tabs. 1000 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (75 c/u por 30 días) MO
metformin hydrochloride tabs. 850 mg	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
miglitol	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
nateglinide	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INY 2 MG/1.5 ML (DOSIS DE 0.25 MG Y 0.5 MG)	\$0 (Nivel 3)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (1MG DOSE), 4MG/3ML	\$0 (Nivel 3)	QL (3 ML por 28 días) MO
pioglitazone hcl tabs 45mg	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
pioglitazone hcl-glimepiride	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tabs. 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs. 2 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYMLINPEN 120	\$0 (Nivel 5)	QL (10,8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60	\$0 (Nivel 5)	QL (12 ML por 30 días) PA MO
SYNJARDY XR TB24 25MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYNJARDY XR TABS. LIBER. PROLONG. 24 H 10 MG; 1000 MG, 12.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS. 12.5 MG; 1000 MG, 12.5 MG; 500 MG, 5 MG; 1000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRADJENTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TABS. LIBER. PROLONG. 24 H 12.5 MG; 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 2.5 MG; 1000 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY	\$0 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) MO
VICTOZA	\$0 (Nivel 3)	QL (9 ML por 30 días) MO
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TABS. LIBER. PROLONG. 24 H 2.5 MG; 1000 MG, 5 MG; 1000 MG, 5 MG; 500 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium soln. oral</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tabs. 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
FORTEO	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>ibandronate sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1 EA por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (3 ML por 90 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NATPARA	\$0 (Nivel 5)	PA
PAMIDRONATE DISODIUM INJ 6MG/ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>pamidronate disodium iny. 30 mg/10 ml,</i> <i>30 mg, 90 mg/10 ml, 90 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
PROLIA	\$0 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días)
<i>risedronate sodium dr tab 35mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 150mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs. 35 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (12 EA por 84 días) MO
<i>risedronate sodium tabs. 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
TYMLOS	\$0 (Nivel 5)	PA
XGEVA	\$0 (Nivel 5)	PA
ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/100ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>zoledronic acid iny. 4 mg/5 ml, 5 mg/100 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
AGENTES QUELANTES		
CHEMET	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>clovique</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>deferasirox</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>kionex</i>	\$0 (Nivel 3)	
LOKELMA	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>penicillamine tabs</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>sodium polystyrene sulfonate rectal susp</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sodium polystyrene sulfonate powd, oral susp</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sps oral susp 15gm/60ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>trientine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
VELTASSA PACK 16.8GM, 25.2GM	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VELTASSA PACK 8.4GM	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>altavera</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amethia</i>	\$0 (Nivel 2)	
AMETHIA LO	\$0 (Nivel 3)	
<i>amethyst</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>apri</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>aranelle</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ashlyna</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aviane</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ayuna</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>azurette</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>balziva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bekyree</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>camila</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CAMRESE	\$0 (Nivel 3)	
CAMRESE LO	\$0 (Nivel 3)	
<i>caziant</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>charlotte 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cryselle-28</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyclafem 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyclafem 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyred</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyred eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>daysee</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>deblitane</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dolishale</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>elinest</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>eluryng</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>emoquette</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enpresse-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enskyce</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>errin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estarylla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ETONOGESTREL/ETHINYL ESTRADIOL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>falmina</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fayosim</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>femynor</i>	\$0 (Nivel 2)	
GIANVI	\$0 (Nivel 3)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hailey 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heather</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iclevia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>incassia</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>introvale</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>isibloom</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jaimiess</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>jasmiel</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jencycla</i>	\$0 (Nivel 3)	
JOLESSA	\$0 (Nivel 3)	
JOLIVETTE	\$0 (Nivel 3)	
<i>juleber</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>junel fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>junel fe 24</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kalliga</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kariva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kelnor 1/50</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kurvelo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larissia</i>	\$0 (Nivel 2)	
LEENA	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>lessina</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonest</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel/ethynodiol dienoate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lillow</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lo-zumandimine</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lojaimiess</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loryna</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>low-ogestrel</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lutera</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lyleq</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lyza</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>marlissa</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>melodetta 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1.5/30	\$0 (Nivel 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MICROGESTIN 1/20	\$0 (Nivel 3)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0 (Nivel 3)	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0 (Nivel 3)	
<i>mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mono-linyah</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nikki</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORA-BE	\$0 (Nivel 3)	
<i>norethindrone acetate/ethynodiol/drostanolone/ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethynodiol tabs 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone tabs 0.35mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>norethindrone/ethynodiol/drostanolone/ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norgestimate/ethynodiol/drostanolone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norlyda</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nymyo</i>	\$0 (Nivel 2)	
OCELLA	\$0 (Nivel 3)	
<i>orsythia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>philith</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimtrea</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pirmella 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pirmella 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>portia-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>previfem</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>reclipsen</i>	\$0 (Nivel 2)	
RIVELSA	\$0 (Nivel 3)	
<i>setlakin</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sharobel</i>	\$0 (Nivel 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>simliya</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>simpesse</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sprintec 28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sronyx</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>syeda</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>TILIA FE</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tri-femynor</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-estarrylla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-legest fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-linyah</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarrylla</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-previfem</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylitra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylitra lo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trivora-28</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tulana</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>tydemy</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>velivet</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vestura</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vienva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>viorele</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>volnea</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vyfemla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vylitra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wera</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wymzya fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>zarah</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>zovia 1/35e</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zumandimine</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SYNAREL	\$0 (Nivel 5)	MO
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dotti</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
DUAVEE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol valerate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 1mg/0.5mg, 0.5mg/0.1mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estradiol oral tabs, vaginal tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estradiol parche semanal</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol parche dos veces por semana</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol crema vaginal</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ESTRING	\$0 (Nivel 4)	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>jinteli</i>	\$0 (Nivel 3)	
LOPREEZA	\$0 (Nivel 3)	
<i>lyllana</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
PREMARIN	\$0 (Nivel 4)	MO
PREMPRO	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>yuvafem</i>	\$0 (Nivel 3)	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>cortisone acetate tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>methylprednisolone acetate inj</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>methylprednisolone dose pack</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 1000mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj. 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone oral soln 15mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate odt</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
PREDNISONE INTENSOL	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisone tabs. paquete de tratamiento</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SOLU-CORTEF INJ 1000MG	\$0 (Nivel 4)	
SOLU-CORTEF INJ 100MG, 250MG, 500MG	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide inj 200mg/5ml, 400mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide oral susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
GVOKE HYPOOPEN 1-PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
GVOKE PFS	\$0 (Nivel 3)	MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inj 200mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALDURAZYME	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>cabergoline</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CARBAGLU	\$0 (Nivel 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CERDELGA	\$0 (Nivel 5)	PA
CEREZYME	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs. 90 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs. 60 mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días)
CYSTADANE	\$0 (Nivel 5)	LA
CYSTAGON	\$0 (Nivel 4)	PA LA
<i>desmopressin acetate nasal soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>desmopressin acetate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
FABRAZYME	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>fomepizole</i>	\$0 (Nivel 5)	
GENOTROPIN	\$0 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	\$0 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INY. 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nivel 5)	PA
INCRELEX	\$0 (Nivel 5)	PA LA
KORLYM	\$0 (Nivel 5)	PA LA
KUVAN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LEVOCARNITINE TABS	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levocarnitine soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LUMIZYME	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LUPRON DEPOT-PED (1 MES) INY. 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) INY. 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>methergine</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>methylergonovine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>miglustat</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
NAGLAZYME	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>nitisinone</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
NITYR	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>octreotide acetate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
ORFADIN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>sodium phenylbutyrate tabs, oral powder</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Nivel 5)	PA
SOMAVERT INJ	\$0 (Nivel 5)	PA LA
STIMATE	\$0 (Nivel 5)	
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
AURYXIA	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA MO
<i>calcium acetate caps, tabs 667mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>megestrol acetate susp. 625 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>progesterone caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>progesterone iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVO-T	\$0 (Nivel 4)	
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVOTHYROXINE SODIUM INJ SOLN 100MCG/5ML, 200MCG/5ML, 500MCG/5ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>levothyroxine sodium iny. en polvo 100 µg, 200 µg, 500 µg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LEVOXYL	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>liothyronine sodium iny.</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>methimazole tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propylthiouracil tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
SYNTHROID	\$0 (Nivel 4)	MO
UNITHROID	\$0 (Nivel 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>calcitriol iny. 1 µg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>calcitriol soln. oral 1 µg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxercalciferol iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paricalcitol</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>DIMENHYDRINATE INJ</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dronabinol</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>EMEND SUSP. ORAL</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>gránulosisetron hcl tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) B/D
		MO
<i>meclizine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoclopramide hcl tabs. 5 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl iny., soln. oral</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tabs. 10 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>METOCLOPRAMIDE ODT TBDP 10MG</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables, tabs. disg. 5 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ondansetron hcl tabs. 24 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ondansetron hcl soln. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) B/D
		MO
<i>ondansetron hydrochloride tabs. 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>phenadoz supp 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>phenadoz suppositorio 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>prochlorperazine edisylate inj 50mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prochlorperazine edisylate iny. 10 mg/2 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prochlorperazine supp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>promethazine hcl plain syrup 6.25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>promethazine hcl tabs. 12.5 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>promethazine hcl iny., suppositorio</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>promethegan supp 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>promethegan supp 12.5mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>SANCUSO</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>scopolamine patch</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>trimethobenzamide hydrochloride caps</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dicyclomine hydrochloride iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>glycopyrrolate tabs. 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>glycopyrrolate inj 0.2mg/ml, 0.4mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>glycopyrrolate inj 1mg/5ml, 4mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methscopolamine bromide tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cimetidine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cimetidine tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine premixed inj 20mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>famotidine tabs.</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>famotidine susp. oral</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>famotidine iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nizatidine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>budesonide er tab 9mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>budesonide cprep 3mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>colocort</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>mesalamine dr cáps., tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine kit, supp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine enema</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1680 ML 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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SULFASALAZINE TBEC	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sulfasalazine tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
LAXANTES		
CLENPIQ	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>constulose</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enulose</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-h</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac</i>	\$0 (Nivel 2)	
GOLYTELY	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>lactulose soln. oral</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NULYTLY	\$0 (Nivel 3)	MO
NULYTLY/FLAVOR PACKS	\$0 (Nivel 3)	MO
OSMOPREP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>peg-3350/electrolytes</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PLENUVU	\$0 (Nivel 4)	MO
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0 (Nivel 4)	MO
SUTAB	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trilyte</i>	\$0 (Nivel 1)	
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
CARAFATE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cromolyn sodium conc. oral 100 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>diphenoxylate/atropine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
GATTEX	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (224 c/u por 365 días) MO
LINZESS	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hcl caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>loperamide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>misoprostol tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
MOVANTIK TABS 25MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABS. 12.5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RELISTOR INY.	\$0 (Nivel 5)	PA MO
SUCRALFATE SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sucralfate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ursodiol caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ursodiol tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
XIFAXAN TABS. 550 MG	\$0 (Nivel 5)	PA MO
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	\$0 (Nivel 3)	MO
ZENPEP	\$0 (Nivel 4)	MO
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium cáps.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium iny.</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lansoprazole dr caps, odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lansoprazole odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole caps cpdr 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cáps., cáps. liber. prolong. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium dr tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pantoprazole sodium tabs. liber. prolong. 20 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tabs. liber. prolong. 40 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium dr tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
ACETIC ACID 0.25 % SOLN. PARA IRRIGACIÓN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bethanechol chloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
ELMIRON	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>flavoxate hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>potassium citrate er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ TB24	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SRER	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride tabs. liber. prolong. 24 h 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride jarabe</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>solifenacina succinate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
TOVIAZ	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>trospium chloride</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>trospium chloride er</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIINFECTIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate crea 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>miconazole 3</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>terconazole crea</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>terconazole suppositorio</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS STARTER PACK	\$0 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS 2.5MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS. 5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FRAGMIN	\$0 (Nivel 4)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INJ 20000UNIT/500ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE 100UNIT/ML	\$0 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/NAACL 0.45 % INY. 25000 UNIDADES/250 ML, 25000 UNIDADES/500 ML	\$0 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE 25000UNIT/250ML; 0.45%	\$0 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM INJ 5000UNIT/0.5ML, 5000UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium iny. 10000 unidades/ml, 1000 unidades/ml, 20000 unidades/ml, 5000 unidades/0.5 ml, 5000 unidades/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>jantoven</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRADAXA	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XARELTO STARTER PACK	\$0 (Nivel 3)	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 20MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABS. 2.5 MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	PA
PROCIT INY. 20000 UNIDADES/ML, 40000 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 5)	PA
ZARXIO	\$0 (Nivel 5)	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cilostazol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DOPTELET	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
DROXIA	\$0 (Nivel 3)	MO
ENDARI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
HAEGARDA INJ 3000UNIT	\$0 (Nivel 5)	QL (20 EA por 30 días) PA LA
HAEGARDA INY. 2000 UNIDADES	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>icatibant acetate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PROMACTA POLVO PAQUETE 25 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
PROMACTA POLVO PAQUETE 12.5 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS. 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS. 50 MG, 75 MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>sajazir</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA
<i>tranexamic acid tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tranexamic acid iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
BRILINTA	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clopidogrel tabs 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 c/u por 365 días) MO
<i>clopidogrel tabs. 75 mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dipyridamole</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>prasugrel</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ENBREL MINI	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL SURECLICK	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL INJ 25MG/VIAL	\$0 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA
ENBREL INY. 25 MG/0.5 ML AMPOLLA, 50 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL INY. 25 MG/0.5 ML JERINGA PRECARGADA	\$0 (Nivel 5)	QL (8,16 ML por 28 días) PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN INY. 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML	\$0 (Nivel 5)	QL (6 EA por 28 días) PA
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 10MG/0.2ML, 20MG/0.2ML, 20MG/0.4ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA
HUMIRA INY. 40 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML RENFLEXIS	\$0 (Nivel 5)	QL (6 EA por 28 días) PA
		PA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
RINVOQ	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
SKYRIZI PEN	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 150MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	\$0 (Nivel 5)	QL (7 EA por 365 días) PA
STELARA INJ 45MG/0.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA
STELARA INY. 90 MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA
TALTZ	\$0 (Nivel 5)	QL (3 ML por 28 días) PA
XELJANZ XR	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
XELJANZ SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (240 ml por 24 días) PA
XELJANZ TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>leflunomide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XATMEP	\$0 (Nivel 4)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM	\$0 (Nivel 5)	PA
FLEBOGAMMA DIF INJ 5% (5GM/100ML)	\$0 (Nivel 4)	PA
FLEBOGAMMA DIF INJ 0.5GM/10ML, 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 20GM/400ML, 5GM/50ML	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMASTAN	\$0 (Nivel 3)	B/D
GAMMAGARD LIQUID	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAGARD S/D INJ 5GM, 10GM	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAKED	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAPLEX	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMUNEX-C	\$0 (Nivel 5)	PA
OCTAGAM	\$0 (Nivel 5)	PA
PANZYGA	\$0 (Nivel 5)	PA
PRIVIGEN	\$0 (Nivel 5)	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ARCALYST	\$0 (Nivel 5)	PA
INTRON A INJ 10MU	\$0 (Nivel 4)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INTRON A INY. 10 MU/ML, 18 MU, 50 MU, 6000000 UNIDADES/ML	\$0 (Nivel 5)	
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE INJ	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>azathioprine tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
BENLYSTA	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>cyclosporine</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>cyclosporine modified caps, soln</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>everolimus tabs 0.25mg, 0.5mg, 0.75mg</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>gengraf caps</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>gengraf soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil susp. oral</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
NULOJIX	\$0 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF GRANULES	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
REZUROCK	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
SANDIMMUNE SOLN. ORAL	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>sirolimus tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>sirolimus soln.</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
ZORTRESS	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
VACUNAS		
ACTHIB	\$0 (Nivel 3)	
ADACEL	\$0 (Nivel 3)	
BCG VACCINE	\$0 (Nivel 3)	
BEXSERO	\$0 (Nivel 3)	
BOOSTRIX	\$0 (Nivel 3)	
DAPTACEL	\$0 (Nivel 3)	
DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS	\$0 (Nivel 3)	B/D
ADSORBED PEDIATRIC		
ENGERIX-B	\$0 (Nivel 3)	B/D
GARDASIL 9	\$0 (Nivel 3)	

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HAVRIX	\$0 (Nivel 3)	
HIBERIX	\$0 (Nivel 3)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	\$0 (Nivel 3)	B/D
INFANRIX	\$0 (Nivel 3)	
IPOL INACTIVATED IPV	\$0 (Nivel 3)	
IXIARO	\$0 (Nivel 3)	
KINRIX	\$0 (Nivel 3)	
M-M-R II	\$0 (Nivel 3)	
MENACTRA	\$0 (Nivel 3)	
MENQUADFI	\$0 (Nivel 3)	
MENVEO	\$0 (Nivel 3)	
PEDIARIX	\$0 (Nivel 3)	
PEDVAX HIB	\$0 (Nivel 3)	
PENTACEL	\$0 (Nivel 3)	
PROQUAD	\$0 (Nivel 3)	
QUADRACEL	\$0 (Nivel 3)	
RABAVERT	\$0 (Nivel 3)	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 (Nivel 3)	B/D
ROTARIX	\$0 (Nivel 3)	
ROTAQE	\$0 (Nivel 3)	
SHINGRIX	\$0 (Nivel 3)	QL (2 EA por 999 días)
TDVAX	\$0 (Nivel 3)	B/D
TENIVAC	\$0 (Nivel 3)	B/D
TRUMENBA	\$0 (Nivel 3)	
TWINRIX	\$0 (Nivel 3)	
TYPHIM VI	\$0 (Nivel 3)	
VAQTA	\$0 (Nivel 3)	
VARIVAX	\$0 (Nivel 3)	
YF-VAX	\$0 (Nivel 3)	
ZOSTAVAX	\$0 (Nivel 3)	QL (1 EA por 999 días)

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES

ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES

DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	\$0 (Nivel 3)
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 4)

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.2 %	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.225 %	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.3%	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.45 %	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5 %/NACL 0.9 %	\$0 (Nivel 4)	MO
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5 %	\$0 (Nivel 4)	
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.225 %	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %	\$0 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers viaflex inj.</i>	\$0 (Nivel 4)	
MAGNESIUM SULFATE INJ 20GM/500ML, 40GM/1000ML, 4GM/50ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate inj. 2 g/50 ml, 4 g/100 ml, 50 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
NORMOSOL-M IN D5W	\$0 (Nivel 4)	
NORMOSOL-R INJ PH 7.4	\$0 (Nivel 4)	
PLASMA-LYTE A	\$0 (Nivel 4)	
PLASMA-LYTE-148	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INY. 40 MEQ/L; 0.9 %	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inj. 20 mEq/l; 0.45 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inj. 20 mEq/l; 0.9 %</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
POTASSIUM CHLORIDE INY. 0.4 MEQ/ML, 10 MEQ/100 ML, 10 MEQ/50 ML, 20 MEQ/100 ML, 40 MEQ/100 ML <i>potassium chloride iny. 2 mEq/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
RINGERS INYECCIÓN	\$0 (Nivel 3)	
SODIUM BICARBONATE INY. 7.5 % <i>sodium bicarbonate iny. 4.2 %</i> <i>sodium bicarbonate iny. 8.4 %</i> <i>sodium chloride 0.45%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM CHLORIDE INJ 2.5MEQ/ML, 4MEQ/ML, 5% <i>sodium chloride inj 0.45%</i> <i>sodium chloride iny. 0.9 %, 3 %</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
TPN ELECTROLYTES	\$0 (Nivel 4)	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
ADC/FLUORIDE	\$0 (Nivel 4)	MO
EFFER-K TAB 25MEQ	\$0 (Nivel 3)	MO
EFFERVESCENT POTASSIUM	\$0 (Nivel 3)	MO
FLUORIDE	\$0 (Nivel 4)	MO
FLUORITAB	\$0 (Nivel 4)	
KLOR-CON 10	\$0 (Nivel 3)	
KLOR-CON 8	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m10</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m15</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m20</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con pow 20meq</i>	\$0 (Nivel 3)	
KLOR-CON/EF	\$0 (Nivel 3)	MO
LUDENT	\$0 (Nivel 4)	MO
M-NATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
MULTI VITAMIN/FLUORIDE	\$0 (Nivel 4)	MO
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	\$0 (Nivel 4)	MO
MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON DROPS	\$0 (Nivel 4)	MO
MULTIVITAMIN/FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG	\$0 (Nivel 4)	MO
NEONATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NIVA-PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
PNV FOLIC ACID + IRON MULTIVITAMIN	\$0 (Nivel 3)	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 (Nivel 3)	MO
POLY-VITAMIN/FLUORIDE	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride cr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er cpcr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er tbcr 10meq, 20meq, 8meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er tbcr 15meq</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>potassium chloride sr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>potassium chloride soln. oral 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PRENATAL	\$0 (Nivel 3)	MO
PRENATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
PRENATAL VITAMINS PLUS LOW IRON	\$0 (Nivel 3)	MO
PREPLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
SODIUM FLUORIDE CHEW 0.25MG, 0.5MG, 1MG	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE SOLN. 0.5 MG/ML	\$0 (Nivel 4)	MO
TRI-VITE/FLUORIDE SOLN 0.5MG/ML	\$0 (Nivel 4)	
TRI-VITE/FLUORIDE SOLN 0.25MG/ML	\$0 (Nivel 4)	MO
TRICARE PRENATAL TABS	\$0 (Nivel 3)	MO
VOL-PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
VP-PNV-DHA	\$0 (Nivel 3)	MO
WESTAB PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN II INJ 10%	\$0 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF 10%	\$0 (Nivel 4)	B/D
AMINOSYN-PF 7%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 6/5	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/10	\$0 (Nivel 4)	B/D

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CLINIMIX 8/14	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>dextrose 10%</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dextrose 5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DEXTROSE 50 %	\$0 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE 70 %	\$0 (Nivel 3)	B/D
FREAMINE HBC 6.9 %	\$0 (Nivel 4)	B/D
FREAMINE III	\$0 (Nivel 4)	B/D
HEPATAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
NEPHRAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
NUTRILIPID	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>plename</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
PREMASOL 10 %	\$0 (Nivel 4)	B/D
PROCALAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
PROSOL	\$0 (Nivel 4)	B/D
TRAVASOL	\$0 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D

OFTÁLMICO

ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS

BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/ hydrocortisone ophthalmic oint</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
TOBRADEX POMADA	\$0 (Nivel 2)	MO
TOBRADEX ST	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tobramycin/dexamethasone ophthalmic susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ZYLET	\$0 (Nivel 3)	MO

ANTIINFECCIOSOS

AZASITE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>bacitracin pomada oftálmica 500 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>bacitracin/polymyxin ophthalmic oint</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BESIVANCE	\$0 (Nivel 3)	MO
CILOXAN POMADA	\$0 (Nivel 3)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride soln. oftálmica 0.3 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentak</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neo-polycin</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin topical ointment</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sodium sulfacetamide ophthalmic soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>sulfacetamide sodium soln. 10 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZIRGAN	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bromfenac</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
BROMSITE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 ML por 30 días) MO
DUREZOL	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLAREX	\$0 (Nivel 4)	MO
FLUOROMETHOLONE	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ILEVRO	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln 0.4%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LOTEMAX GEL, POMADA	\$0 (Nivel 3)	MO
LOTEMAX SM	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>prednisolone acetate ophthalmic soln</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLN 1%	\$0 (Nivel 3)	MO
PROLENSA	\$0 (Nivel 3)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bepotastine besilate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
BEPREVE	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cromolyn sodium soln. oftálmica 4 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
LASTACRAFT	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln 0.2%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PAZEO	\$0 (Nivel 3)	MO
ZERVIATE	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN. 0.1 %	\$0 (Nivel 3)	MO
AZOPT	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
BETOPTIC-S	\$0 (Nivel 3)	MO
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.15%	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>brimonidine tartrate soln. 0.2 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>brinzolamide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>carteolol hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COMBIGAN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>dorzolamide hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>latanoprost</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levobunolol hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LUMIGAN	\$0 (Nivel 3)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE	\$0 (Nivel 4)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
RHOPRESSA	\$0 (Nivel 3)	MO
SIMBRINZA	\$0 (Nivel 3)	MO
TIMOLOL MALEATE SOLN. FORMADORA DE GEL OFTÁLMICA	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate soln 0.25%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate (genérico de Istalol) soln. oftálmica una vez al día 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>travoprost</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
VYZULTA	\$0 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN. OFTÁLMICA	\$0 (Nivel 3)	MO
CYSTARAN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>proparacaine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
RESTASIS	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
RESTASIS MULTIDOSE	\$0 (Nivel 3)	QL (5.5 ML por 30 días) MO
RESPIRATORIOS		
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS		
ANORO ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 (Nivel 4)	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate neb</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA	\$0 (Nivel 4)	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide inhalation soln</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 ml por 30 días) MO
ANTIHISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>azelastine hydrochloride nasal soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate soln</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>CARBINOXAMINE MALEATE TABS. 6 MG</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tabs. 4 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride oral soln 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tab 2.68mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl syrp 2mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>cyproheptadine hydrochloride tab 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>desloratadine</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>desloratadine odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hcl iny.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine hcl iny., jarabe</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine hydrochloride tabs.</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine pamoate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride soln.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>olopatadine hcl nasal soln 0.6%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate er tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proventil HFA) aeros. 108 µg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Proair HFA) aeros. 108 µg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (genérico de Ventolin HFA) aeros. 108 µg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate nebu</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>albuterol sulfate syrp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>albuterol sulfate tabs.</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>levalbuterol hcl neb. 1.25 mg/0.5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>levalbuterol hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>levalbuterol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA <i>metaproterenol sulfate</i>	\$0 (Nivel 3) \$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
SEREVENT DISKUS <i>terbutaline sulfate</i>	\$0 (Nivel 3) \$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO MO
VENTOLIN HFA	\$0 (Nivel 3)	QL (36 G por 30 días) MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium chew, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium paquete</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation soln 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>aminophylline</i>	\$0 (Nivel 4)	
ARALAST NP	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
DALIRESP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>epinephrine hcl inj soln inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2 EA por 30 días) MO
EPIPEN 2-PAK	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 30 días) MO
EPIPEN-JR 2-PAK	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 30 días) MO
ESBRIET	\$0 (Nivel 5)	PA
FASENRA	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA
FASENRA PEN	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA
KALYDECO	\$0 (Nivel 5)	PA
OFEV	\$0 (Nivel 5)	PA
ORKAMBI	\$0 (Nivel 5)	PA
PROLASTIN-C	\$0 (Nivel 5)	PA LA
PULMOZYME	\$0 (Nivel 5)	PA
SYMDEKO TBPK 75MG; 50MG	\$0 (Nivel 5)	PA
SYMDEKO TBPK 150MG; 100MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
THEO-24	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>theophylline er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
XOLAIR	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZEMAIRA	\$0 (Nivel 5)	PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (34 G por 30 días) MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ARNUITY ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
FLOVENT DISKUS POLVO DE INHALACIÓN 250 MG/BLIST	\$0 (Nivel 3)	QL (240 EA por 30 días) MO
FLOVENT HFA AERO 44MCG/ACT	\$0 (Nivel 3)	QL (21.2 G por 30 días) MO
FLOVENT HFA AERO 110 MG/ACT, 220 MG/ACT	\$0 (Nivel 3)	QL (24 G por 30 días) MO
PULMICORT FLEXHALER	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 30 días) MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ ESTEROIDES		
ADVAIR DISKUS	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ADVAIR HFA	\$0 (Nivel 3)	QL (12 G por 30 días) MO
BREO ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYMBICORT	\$0 (Nivel 3)	QL (10.2 G por 30 días) MO
TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>amnesteem</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
AVITA CREA	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA
AVITA GEL	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>claravis</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>clindacin etz pledges</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>clindacin-p pad 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (75 G por 30 días) MO
CLINDAMYCIN PHOSPHATE LOCIÓN 1 %	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate soln. externa 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clindamycin phosphate apósito 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>clindamycin/benzoyl peroxide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dapsone gel 5%, 7.5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery pad 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide gel 5%; 3%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin gel 2%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin soln. 2 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>myorisan</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>neuac gel</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
TRETINOIN MICROSPHERE GEL	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) PA MO
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP GEL	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01 %, 0.025 %, 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>mafenide acetate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mupirocin oint</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crema</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
SILVER SULFADIAZINE	\$0 (Nivel 3)	MO
SSD	\$0 (Nivel 3)	
SULFAMYLON CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nivel 4)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox olamine cream</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox champú</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox susp.</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate crema</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crea 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole soln. 1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (85 G por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ERTACZO	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crea 2%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole espuma 2 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>naftifine hcl crea 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>naftifine hydrochloride 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nyamyc</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin pomada 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin polvo 100000 unidades/g</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>oxiconazole nitrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>calcipotriene crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) PA MO
CALCITRIOL OINT 3MCG/GM	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>methoxsalen</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>tazarotene</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) PA MO
TAZORAC CRE 0.05%	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole sham 2%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>selenium sulfide loción</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ala-cort crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días)
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>augmented betamethasone dipropionate crea</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>augmented betamethasone dipropionate gel, loción, pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>beser lotn 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate lotn</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betamethasone dipropionate crema, pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betamethasone valerate espuma</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (400 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

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate emollient foam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate emollient crea</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate foam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate loción, champú</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate spray</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (125 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crema, gel, pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clodan shampoo</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide lotn</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>desonide crema, gel, pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone gel</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desrx</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días)
<i>diflorasone diacetate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
ENSTILAR	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>fluocinolone acetonide body oil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crema 0.01 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide pomada 0.025 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide topical soln 0.01%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified cream</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide crea</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>flurandrenolide crema 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fluticasone propionate loción 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate pomada 0.005 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>halobetasol propionate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate (lipophilic)</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate lotn</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocortisone butyrate crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate soln.</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone (generic Ala-Cort) crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone (genérico de Ala-Cort) crema 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone loción 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone pomada 2.5 %</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>mometasone furoate pomada 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>mometasone furoate soln. 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nolix crema</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>PREDNICARBATE CREA</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>prednicarbate pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>TEXACORT</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tovet crea</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide aeros.</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide loción 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>triamcinolone acetonide pomada 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triderm crea 0.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>triderm crema 0.1 %</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (454 G por 30 días)
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl external soln 4%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) PA MO
<i>lidocaine/prilocaine</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine ptch</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (3 EA por 1 días) PA MO
<i>lidocaine pomada</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir oint 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>ammonium lactate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>azelaic acid</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1000 G por 30 días) PA MO
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREMA 5 %	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
DOXYCYCLINE CPDR 40MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FINACEA ESPUMA 15 %	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
FLUOROPLEX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREA 0.5%	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crema 5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (40 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil external soln 2%, 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crea 1% (generic Proctocort), 2.5% (generic Proctosol HC)</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
IMIQUIMOD PUMP	\$0 (Nivel 5)	QL (7.5 G por 30 días) MO
<i>imiquimod crea 5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod crema 3.75 %</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole loción 0.75 %</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NORITATE	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
ORACEA	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PANRETIN	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días)
PENNSAID	\$0 (Nivel 5)	QL (224 G por 28 días) PA MO
PICATO GEL 0.05%	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 30 días) MO
PICATO GEL 0.015 %	\$0 (Nivel 5)	QL (3 EA por 30 días) MO
<i>podofilox</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>procto-pak</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>proctosol hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>proctozone-hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
RECTIV	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>rosadan gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>rosadan crema</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días)
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
TARGRETIN	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA
VALCHLOR	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA LA

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZYCLARA BOMBA 2.5 %	\$0 (Nivel 5)	QL (15 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS		
<i>malathion</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>permethrin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS		
REGRANEX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
SANTYL	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLN. PARA IRRIGACIÓN	\$0 (Nivel 3)	MO
STERILE WATER FOR IRRIGATION	\$0 (Nivel 3)	MO
AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorhexidine gluconate oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
CLINPRO 5000	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DENTAGEL	\$0 (Nivel 4)	QL (56 G por 30 días) MO
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	\$0 (Nivel 4)	
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine viscous</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>oralone dental paste</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paroex oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pilocarpine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SF GEL	\$0 (Nivel 4)	QL (56 G por 30 días) MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sensitive</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM FLUORIDE GEL 1.1%	\$0 (Nivel 4)	QL (56 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ÓTICOS		
<i>acetic acid otic soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CIPRO HC	\$0 (Nivel 4)	MO
CIPRODEX	\$0 (Nivel 3)	MO
CIPROFLOXACIN	\$0 (Nivel 3)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (Nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>flac otic oil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone/acetic acid otic soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA - Autorización previa **QL** - Límites de cantidad **ST** - Tratamiento escalonado **B/D** - Cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare **LA** - Acceso limitado **MO** - Disponible para pedido por correo

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección puede encontrar un medicamento buscando su nombre por orden alfabético. Esto le dirá el número de página donde puede encontrar información adicional de cobertura sobre su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
A			
abacavir	20, 22	alendronate sodium	63
abacavir sulfate/lamivudine	22	alfuzosin hcl.....	77
abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine	22	ALIMTA	28
ABELCET	19	aliskiren.....	42
ABILIFY MAINTENA.....	52	allopurinol	13
abiraterone acetate	29	almotriptan malate	57
ABRAXANE.....	31	alosetron hydrochloride	76
acamprosate calcium dr	58	ALPHAGAN P.....	89
acarbose	61	alprazolam.....	44
accutane	93	alprazolam er	44
acebutolol hydrochloride	40	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	44
acetaminophen/codeine.....	15	ALREX.....	88
acetazolamide	41	altavera.....	64
acetazolamide er	41	ALUNBRIG	31
acetic acid	99	alyacen 1/35	64
ACETIC ACID 0.25 %	78	alyacen 7/7/7	64
acetylcysteine.....	71, 92	alyq.....	43
acitretin	95	amabelz	70
ACTHIB	82	amantadine hcl.....	51
ACTIMMUNE	81	AMBISOME.....	19
acyclovir	23, 97	ambrisentan	43
ADACEL.....	82	amethia.....	64
ADC/FLUORIDE.....	85	AMETHIA LO.....	64
adefovir dipivoxil	23	amethyst	64
ADEMPAS	43	amikacin sulfate	17
adrucil.....	28	amiloride hcl	41
ADVAIR DISKUS.....	93	amiloride/hydrochlorothiazide	42
ADVAIR HFA	93	aminophylline	92
afeditab cr.....	40	AMINOSYN II.....	86
AFINITOR	31	AMINOSYN-PF.....	86
AFINITOR DISPERZ	31	AMINOSYN-PF 7%	86
afirmelle	64	amiodarone hcl	38
AIMOVIG.....	56	amiodarone hydrochloride	38
ala-cort.....	95	amitriptyline hcl	48
albendazole	17	amitriptyline hydrochloride	48
albuterol sulfate	91	amlodipine besylate	36, 37, 40, 42
albuterol sulfate er	91	amlodipine besylate/atorvastatin calcium	42
albuterol sulfate hfa	91	amlodipine besylate/benazepril hydrochloride....	36
alclometasone dipropionate	95	amlodipine besylate/valsartan	37
ALDURAZYME	71	amlodipine/olmesartan medoxomil	37
ALECENSA	31	amlodipine/valsartan/hctz	37
		amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide	37

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ammonium lactate	97	ATROVENT HFA.....	90
amnesteem	93	aubra	65
amoxapine	48	aubra eq	65
amoxicillin.....	26	augmented betamethasone dipropionate	95
amoxicillin/clavulanate potassium	26	augmented betamethasone dipropionate.....	95
amoxicillin/clavulanate potassium er.....	26	aurovela 1.5/30	65
amphetamine/dextroamphetamine	55	aurovela 24 fe.....	65
amphetamine/dextroamphetamine er	55	aurovela fe 1.5/30	65
amphotericin b	19	aurovela fe 1/20	65
ampicillin	26	AURYXIA	73
ampicillin sodium	26	AUSTEDO.....	57
ampicillin-sulbactam.....	26	AVASTIN.....	31
ANADROL-50	59	aviane.....	65
anagrelide hydrochloride	79	AVITA	93
anastrozole	29	AVONEX.....	58
ANDRODERM.....	59	ayuna	65
ANORO ELLIPTA	90	AYVAKIT	31
APOKYN	51	azacitidine.....	28
APO-VARENICLINE.....	59	AZASITE	87
aprepitant	74	azathioprine.....	82
apri.....	64	azelaic	98
APTIOM	44	azelastine hcl	89, 91
APTIVUS.....	20	azelastine hydrochloride	91
ARALAST NP	92	azithromycin	25
aranelle	65	AZITHROMYCIN	25
ARCALYST	81	AZOPT	89
ariPIPRAZOLE	52	aztreonam.....	17
ariPIPRAZOLE tabs. bucodispersables.....	52	azurette	65
ARISTADA	52	B	
ARISTADA INITIO	52	bacitracin	87
armodafinil	58	bacitracin/polymyxin.....	88
ARNUITY ELLIPTA	93	baclofen	58
arsenic trioxide	30	balsalazide disodium	75
asenapine maleate sl.....	52	BALVERSA.....	31
ashlyna.....	65	balziva	65
ASPARLAS.....	30	BANZEL.....	44
aspirin/dipyridamole	80	BARACLUDE	23
atazanavir.....	20	BASAGLAR KWIKPEN.....	60
atazanavir sulfate.....	20	BCG VACCINE.....	82
atenolol	40	BD TOALLITAS DE ALCOHOL	60
atenolol/chlorthalidone.....	40	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16	60
atomoxetine	55	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/MHC JERINGA DE INSULIN SAFETYGLIDE/1 ML/29 G X 1/2...	60
atorvastatin calcium.....	39		
atovaquone.....	17, 20		
atovaquone/proguanil hcl.....	20		
ATRIPLA	22		
ATROPINE SULFATE	90		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/MHC JERINGA DE INSULIN ULTRA-AFINE/0.3 ML/31 G X 6 MM.....	60	BOSULIF	31
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/MHC JERINGA DE INSULIN ULTRA-FINE/0.5 ML/30 G X 1/2 ..	60	BRAFTOVI	31
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIV.IDIA/MHC JERINGA DE INSULIN ULTRAFINE II/0.3 ML/31 G X 5/16.....	60	BREO ELLIPTA	93
<i>bekyree</i>	65	<i>briellyn</i>	65
BELEODAQ	31	BRILINTA	80
BELSOMRA	56	<i>brimonidine tartrate</i>	89
<i>benazepril hcl</i>	36	BRIMONIDINE TARTRATE	89
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>brinzolamide</i>	89
<i>benazepril hydrochloride</i>	36	BRIVIACT.....	44
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>bromfenac</i>	88
BENDEKA.....	27	<i>bromocriptine mesylate</i>	51
BENLYSTA.....	82	BROMSITE	88
<i>benztropine mesylate</i>	51	BRUKINSA	32
<i>bepotastine besilate</i>	89	<i>budesonide</i>	75, 93
BEPREVE	89	<i>budesonide er</i>	75
<i>beser</i>	95	<i>bumetanide</i>	42
BESIVANCE	88	<i>buprenorphine</i>	14
<i>betamethasone dipropionate</i>	95	<i>buprenorphine hcl</i>	59
<i>betamethasone valerate</i>	95	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	59
BETASERON	58	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i> <i>hydrochloride</i>	59
<i>betaxolol hcl</i>	40, 89	<i>bupropion</i>	48
<i>bethanechol chloride</i>	78	<i>bupropion hydrochloride</i>	48
BETOPTIC-S	89	<i>bupropion hydrochloride er</i>	59
BEVESPI AEROSPHERE	90	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	48
<i>bexarotene</i>	30	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	48
BEXSERO	82	<i>buspirone hcl</i>	44
<i>bicalutamide</i>	29	<i>buspirone hydrochloride</i>	44
BICILLIN L-A	26	<i>busulfan</i>	27
BIDIL	42	<i>butorphanol tartrate</i>	15
BIKTARVY	22	BYDUREON BCISE	61
<i>bisoprolol fumarate</i>	40	BYDUREON PEN	61
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	40	BYETTA	61
BIVIGAM	81	BYSTOLIC.....	40
BLENREP	31		
<i>bleomycin sulfate</i>	28		
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	87		
<i>blisovi 24 fe</i>	65		
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	65		
<i>blisovi fe 1/20</i>	65		
BOOSTRIX.....	82		
BORTEZOMIB.....	31		
<i>bosentan</i>	43		
		c	
		<i>cabergoline</i>	71
		CABOMETYX.....	32
		<i>calcipotriene</i>	95
		<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	95
		<i>calcitonin-salmon</i>	63
		<i>calcitriol</i>	74
		CALCITRIOL	95
		<i>calcium acetate</i>	73
		CALQUENCE	32
		<i>camila</i>	65
		CAMRESE	65

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
CAMRESE LO	65	<i>cefuroxime sodium</i>	25
<i>candesartan cilexetil</i>	37, 38	<i>celecoxib</i>	13
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	37	CELONTIN	44
CAPLYTA.....	52	<i>cephalexin</i>	25
CAPRELSA.....	32	CERDELGA.....	72
<i>captopril</i>	36	CEREZYME.....	72
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>cetirizine hydrochloride</i>	91
CARAFATE.....	76	<i>cevimeline hydrochloride</i>	99
CARBAGLU	71	CHANTIX.....	59
<i>carbamazepine</i>	44	CHANTIX PAQ. DE MES CONTINUO	59
<i>carbamazepine er</i>	44	CHANTIX PAQ. DE MES INICIAL	59
<i>carbidopa</i>	51	<i>charlotte 24 fe</i>	65
<i>carbidopa/levodopa</i>	51	<i>chateal</i>	65
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	51	<i>chateal eq</i>	65
<i>carbidopa/levodopa er</i>	51	CHEMET	64
<i>carbidopa/levodopa tabs. bucodispersables</i>	51	<i>chloramphenicol</i>	17
<i>carbinoxamine maleate</i>	91	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	48
CARBINOXAMINE MALEATE	91	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	44
<i>carboplatin</i>	27	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	44
<i>carmustine</i>	27	<i>chlorhexidine gluconate</i>	99
<i>carteolol hcl</i>	89	<i>chloroquine phosphate</i>	20
<i>cartia xt</i>	40	<i>chlorpromazine hcl</i>	52
<i>carvedilol</i>	40	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	52
<i>carvedilol phosphate er</i>	40	<i>chlorthalidone</i>	42
<i>caspofungin acetate</i>	19	<i>chlorzoxazone</i>	58
<i>cataflam</i>	13	CHLORZOXAZONE	58
CAYSTON	17	<i>cholestyramine</i>	39
<i>caziant</i>	65	<i>cholestyramine light</i>	39
<i>cefaclor</i>	24	<i>ciclopirox</i>	94
CEFACLOR ER.....	24	<i>ciclopirox olamine</i>	94
<i>cefadroxil</i>	24	<i>cilostazol</i>	79
CEFAZOLIN	24	CILOXAN	88
<i>cefazolin sodium</i>	24	CIMDUO	22
CEFAZOLIN SODIUM	24	<i>cimetidine</i>	75
<i>cefdinir</i>	24	<i>cimetidine hcl</i>	75
<i>cefepime</i>	24	<i>cimetidine hydrochloride</i>	75
<i>cefixime</i>	24	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	72
<i>cefotetan</i>	24	CIPRODEX.....	99
<i>cefoxitin sodium</i>	24	CIPROFLOXACIN	26, 88, 99, 100
<i>cefpodoxime proxetil</i>	25	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	100
<i>cefprozil</i>	25	<i>ciprofloxacin hcl</i>	26
<i>ceftazidime</i>	25	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	26, 88
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	25	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	26
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	25	CIPRO HC	99
<i>ceftriaxone sodium</i>	25	<i>cisplatin</i>	27
CEFTRIAXONE SODIUM	25	<i>citalopram hydrobromide</i>	48, 49
<i>cefuroxime axetil</i>	25	<i>cladribine</i>	28

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
claravis	93	CLOZAPINE TABS. BUCODISPERSABLES.....	52
clarithromycin.....	25	COARTEM	20
clarithromycin er	25	CODEINE SULFATE	15
clemastine fumarate	91	colchicine	13
CLENPIQ	76	coleselam hydrochloride	39
clindacin etz pledges	93	colestipol hcl	39
clindacin-p	93	colistimethate	17
clindamycin/benzoyl peroxide	94	colocort	75
clindamycin hcl.....	17	COMBIGAN	89
clindamycin hydrochloride.....	17	COMBIVENT RESPIMAT.....	90
clindamycin palmitate hcl	17	COMETRIQ	32
clindamycin phosphate	17, 78, 93, 94	COMPLERA.....	22
CLINDAMYCIN PHOSPHATE.....	93	compro.....	74
clindamycin phosphate/benzoyl peroxide.....	93	constulose	76
clindamycin phosphate/dextrose.....	17	COPAXONE.....	58
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE.....	17	COPIKTRA.....	32
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	86	CORLANOR.....	42
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	86	cortisone acetate	70
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	86	COTELLIC.....	32
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	86	CREON	77
CLINIMIX 6/5	86	CRIXIVAN	20
CLINIMIX 8/10.....	86	cromolyn sodium.....	76, 89, 92
CLINIMIX 8/14.....	87	cryselle-28	65
clinisol sf 15%	87	CURITY GAUZE PADS 2	60
CLINOLIPID	87	cyclafem 1/35.....	65
CLINPRO 5000	99	cyclafem 7/7/7	65
clobazam	44	cyclobenzaprine hydrochloride.....	58
clobetasol propionate	96	cyclophosphamide.....	27
clobetasol propionate e.....	96	CYCLOPHOSPHAMIDE	27
clobetasol propionate emollient	96	cycloserine	23
clobetasol propionate emollient foam	96	cyclosporine	82
clobetasol propionate spray	96	cyclosporine modified	82
clodan	96	cyproheptadine hcl	91
clofarabine.....	28	cyproheptadine hydrochloride.....	91
clomipramine hcl.....	49	cyred	65
clonazepam	45	cyred eq.....	65
clonazepam tabs. bucodispersables.....	44, 45	CYSTADANE	72
clonidine hcl.....	42	CYSTAGON	72
clonidine hydrochloride	42	CYSTARAN	90
clopidogrel	80	cytarabine	28
clorazepate dipotassium	45	cytarabine aqueous.....	28
clotrimazole	94	D	
clotrimazole/betamethasone dipropionate.....	94	dacarbazine	30
clotrimazole troc.....	99	dactinomycin	28
clovique	64	dalfampridine er.....	58
clozapine.....	52, 53	DALIRESP	92
clozapine tabs. bucodispersables	53		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>danazol</i>	70	DEXTROSE 5 %/NACL 0.2 %.....	84
<i>dantrolene sodium</i>	58	DEXTROSE 5%/NACL 0.3%.....	84
<i>dapsone</i>	17, 94	DEXTROSE 5 %/NACL 0.9 %.....	84
DAPTACEL	82	DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	84
<i>daptomycin</i>	17	DEXTROSE 5 %/NACL 0.45 %	84
DAPTO MYCIN	17	DEXTROSE 5 %/NACL 0.225 %	84
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	78	<i>dextrose 10%</i>	83, 87
<i>dasetta 1/35</i>	65	DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	83
<i>dasetta 7/7/7</i>	65	DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	83
<i>daunorubicin hydrochloride</i>	28	DEXTROSE 50 %.....	87
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE	28	DEXTROSE 70 %.....	87
DAURISMO	32	DIACOMIT.....	45
<i>daysee</i>	65	<i>diazepam</i>	45
<i>deblitane</i>	65	DIAZEPAM GEL RECTAL	45
<i>decitabine</i>	29	<i>diazoxide</i>	71
<i>deferasirox</i>	64	diclofenac potassium	13
DELESTROGEN.....	70	diclofenac sodium	88, 98
DELSTRIGO.....	22	diclofenac sodium dr.....	13
DEM SER.....	42	diclofenac sodium er	13
DENTAGEL.....	99	diclofenac sodium/misoprostol	13
DEPO-PROVERA.....	29	<i>dicloxacillin</i>	26
DESCOVY	22	<i>dicyclomine hcl</i>	75
<i>desipramine hcl</i>	49	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	75
<i>desloratadine</i>	91	<i>didanosine</i>	20
<i>desloratadine odt</i>	91	DIFICID.....	25
<i>desmopressin acetate</i>	72	<i>diflorasone diacetate</i>	96
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	65	<i>diflunisal</i>	13
<i>desonide</i>	96	<i>digitek</i>	42
<i>desoximetasone</i>	96	<i>digox</i>	42
<i>desrx</i>	96	<i>digoxin</i>	42
<i>desvenlafaxine er</i>	49	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	57
DESVENLA FAXINE ER	49	DILANTIN.....	45
<i>dexamethasone</i>	70, 71, 88	DILANTIN-125.....	45
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	70	DILANTIN INFATABS	45
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	70, 71, 88	<i>diltiazem hcl</i>	41
DEXILANT	77	DILTIAZEM HCL.....	41
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	55	<i>diltiazem hcl cd</i>	41
<i>dexamethylphenidate hcl er</i>	55	<i>diltiazem hcl er</i>	41
<i>dexamethylphenidate hydrochloride</i>	55	<i>diltiazem hcl iny</i>	41
<i>dexrazoxane</i>	35	<i>diltiazem hydrochloride</i>	41
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	55	<i>dilt-xr</i>	41
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	55	DIMENHYDRINATE	74
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	84	<i>diphenhydramine hcl</i>	91
<i>dextrose 5 %</i>	84, 87	<i>diphenoxylate/atropine</i>	76
<i>dextrose 5%</i>	84	DIPHTHERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	82
DEXTROSE 5 % /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX.....	83	<i>dipyridamole</i>	80
DEXTROSE 5 %/LACTATED RINGERS	84		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>disopyramide phosphate</i>	38	<i>econazole nitrate</i>	94
<i>disulfiram</i>	59	<i>EDARBI</i>	38
<i>divalproex sodium</i>	45	<i>EDARBYCLOR</i>	37
<i>divalproex sodium dr</i>	45	<i>EDURANT</i>	20
<i>divalproex sodium er</i>	45	<i>efavirenz</i>	20
<i>docetaxel</i>	31	<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	22
DOCETAXEL	31	<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	22
<i>dofetilide</i>	38	EFFER-K	85
<i>dolishale</i>	65	EFFERVESCENT POTASSIUM	85
<i>donepezil hc</i>	48	<i>eletriptan hydrobromide</i>	57
<i>donepezil hcl</i>	48	<i>elinest</i>	66
<i>donepezil hydrochloride</i>	48	ELIQUIS	78
DOPTELET	79	ELIQUIS STARTER PACK	78
<i>dorzolamide hcl</i>	89, 90	ELITEK	36
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	90	ELMIRON	78
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	90	<i>eluryng</i>	66
<i>dotti</i>	70	EMCYT	29
DOVATO	22	EMEND	74
<i>doxazosin mesylate</i>	37	<i>emoquette</i>	66
DOXEPINE HYDROCHLORIDE	98	EMSAM	49
<i>doxepin hcl</i>	49	<i>emtricitabine</i>	20, 22
<i>doxepin hydrochloride</i>	49, 56	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	22
<i>doxercalciferol</i>	74	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	22
<i>doxorubicin hydrochloride liposomal</i>	28	EMTRIVA	20
<i>doxy 100</i>	27	EMVERM	17
<i>doxycycline</i>	27	<i>enalapril maleate</i>	36
DOXYCYCLINE	98	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	36
<i>doxycycline hydrate</i>	27	ENBREL	80
<i>doxycycline hydrate dr</i>	27	ENBREL MINI	80
<i>doxycycline monohydrate</i>	27	ENBREL SURECLICK	80
DRIZALMA	49	ENDARI	79
<i>dronabinol</i>	74	<i>endocet</i>	15
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	66	ENGERIX-B	82
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium</i>	66	ENHERTU	32
DROXIA	79	<i>enoxaparin sodium</i>	78
<i>droxidopa</i>	42	<i>enpresse-28</i>	66
DUAVEE	70	<i>enskyce</i>	66
DUEXIS	13	ENSTILAR	96
<i>duloxetine hydrochloride</i>	49	<i>entacapone</i>	51
DUREZOL	88	<i>entecavir</i>	23
<i>dutasteride</i>	77	ENTRESTO	37
<i>dutasteride/tamsulosin hcl</i>	77	<i>enulose</i>	76
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	77	EPCLUSIA	23
E		EPIDIOLEX	45
<i>ec-naproxen</i>	13	<i>epinastine hcl</i>	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>epinephrine hcl</i>	42, 92	EVOTAZ.....	22
EPIPEN 2-PAK.....	92	<i>exemestane</i>	29
EPIPEN-JR 2-PAK	92	EXKIVITY	32
<i>epirubicin hcl</i>	28	<i>ezetimibe</i>	39
<i>epitol</i>	45	<i>ezetimibe/simvastatin</i>	39
EPIVIR HBV	23	F	
<i>eplerenone</i>	37	FABRAZYME	72
<i>epoprostenol sodium</i>	43	<i>falmina</i>	66
<i>eprosartan mesylate</i>	38	<i>famciclovir</i>	23
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	57	<i>famotidine</i>	75
ERIVEDGE	32	<i>famotidine premixed</i>	75
ERLEADA.....	29	FANAPT	53
<i>erlotinib hydrochloride</i>	32	FANAPT TITRATION PACK.....	53
<i>errin</i>	66	FARXIGA.....	61
ERTACZO	95	FARYDAK	32
<i>ertapenem</i>	17	FASENRA.....	92
<i>ery</i>	94	FASENRA PEN	92
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	25	<i>fayosim</i>	66
<i>erythrocin stearate</i>	25	<i>febuxostat</i>	13
<i>erythromycin</i>	25, 88, 94	<i>felbamate</i>	45
<i>erythromycin base</i>	25	<i>felodipine er</i>	41
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	94	<i>femynor</i>	66
<i>erythromycin dr</i>	25	<i>fenofibrate</i>	39
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	25	<i>fenofibrate micronized</i>	39
<i>erythromycin stearate</i>	25	FENOFIBRIC ACID	39
ESBRIET	92	<i>fenofibric acid dr</i>	39
<i>escitalopram oxalate</i>	49	<i>fenoprofen calcium</i>	13
<i>esomeprazole magnesium</i>	77	FENOPROFEN CALCIUM	13
<i>esomeprazole sodium</i>	77	<i>fentanyl citrate transmucosa oral</i>	15
<i>estarrylla</i>	66	<i>fentanyl transdermal patch</i>	14
<i>estradiol</i>	70	FETZIMA	49
<i>estradiol/norethindrone acetatemg</i>	70	FETZIMA PAQUETE DE AJUSTE DE LA DOSIS.....	49
<i>estradiol vaginal</i>	70	FIASP	60
<i>estradiol valerate</i>	70	FIASP FLEXTOUCH	60
ESTRING	70	FIASP PENFILL	60
<i>eszopiclone</i>	56	FINACEA	98
<i>ethambutol hydrochloride</i>	23	<i>finasteride</i>	77
<i>ethosuximide</i>	45	FINTEPLA	45
<i>ethosuximide soln</i>	45	<i>flac</i>	100
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	66	FLAREX.....	89
<i>etodolac</i>	13	<i>flavoxate hcl</i>	78
<i>etodolac er</i>	13	FLEBOGAMMA DIF	81
ETONOGESTREL/ETHINYL ESTRADIOL.....	66	<i>flecainide acetate</i>	38
<i>etoposide</i>	31	FLOVENT DISKUS.....	93
<i>etravirine</i>	20	FLOVENT HFA	93
<i>euthyrox</i>	73	<i>fluconazole</i>	19
<i>everolimus</i>	32, 82		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluconazole in nacl</i>	19	FREAMINE HBC	87
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	19	FREAMINE III	87
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	19	<i>frovatriptan succinate</i>	57
<i>flucytosine</i>	19	<i>fulvestrant</i>	29
<i>fludarabine phosphate</i>	29	<i>furosemide</i>	42
<i>fludrocortisone acetate</i>	71	FUZEON	20
<i>flunisolide</i>	93	<i>fyavolv</i>	70
<i>fluocinolone acetonide</i>	96	FYCOMPA	46
<i>fluocinolone acetonide body oil</i>	96		
<i>fluocinolone acetonide otic oil</i>	100		
<i>fluocinolone acetonide scalp oil</i>	96		
<i>fluocinolone acetonide topical</i>	96		
<i>fluocinonide</i>	96		
<i>fluocinonide emulsified</i>	96		
FLUORIDE	85	g	
FLUORIDEX DAILY DEFENSE	99	<i>gabapentin</i>	46
FLUORIDEX SENSITIVITY RELIEF/SLS FREE	99	<i>galantamine hydrobromide</i>	48
FLUORITAB	85	<i>galantamine hydrobromide er</i>	48
FLUROMETHOLONE	89	GAMASTAN	81
FLUOROPLEX	98	GAMMAGARD LIQUID	81
<i>fluorouracil</i>	29, 98	GAMMAGARD S/D	81
FLUOROURACIL CREA 0.5%	98	GAMMAKED	81
<i>fluorouracil external</i>	98	GAMMAPLEX	81
<i>fluoxetine dr</i>	49	GAMUNEX-C	81
<i>fluoxetine hcl</i>	49	<i>ganciclovir</i>	23
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	49	GARDASIL 9	82
<i>fluphenazine decanoate</i>	53	<i>gatifloxacin</i>	88
<i>fluphenazine hcl</i>	53	GATTEX	76
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	53	<i>gavilyte-c</i>	76
<i>flurandrenolide crema</i>	96	<i>gavilyte-g</i>	76
<i>flurbiprofen</i>	14	<i>gavilyte-h</i>	76
<i>flurbiprofen sodium</i>	89	<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	76
<i>flutamide</i>	29	GAVRETO	32
<i>fluticasone propionate</i>	93, 96	<i>gemcitabine hcl</i>	29
<i>fluvastatin</i>	39	<i>gemcitabine hydrochloride</i>	29
<i>fluvastatin sodium er</i>	39	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	29
<i>fluvoxamine maleate</i>	44	<i>gemfibrozil</i>	39
<i>fluvoxamine maleate er</i>	44	<i>generlac</i>	76
<i>fomepizole</i>	72	<i>gengraf</i>	82
<i>fondaparinux sodium</i>	78	GENOTROPIN	72
FORTEO	63	GENOTROPIN MINIQUICK	72
<i>fosamprenavir calcium</i>	20	<i>gentak</i>	88
<i>fosinopril sodium</i>	36	<i>gentamicin sulfate</i>	17, 88, 94
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	17
<i>fosphénytoin sodium</i>	45	<i>gentamicin sulfate pediátrico</i>	17
FOTIVDA	32	GENVOYA	22
FRAGMIN	79	GEODON	53
		GIANVI	66
		GILENYA	58
		GILOTrif	32
		GLEOSTINE	28
		<i>glimepiride</i>	61

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>glipizide</i>	62	<i>hydralazine hcl</i>	42
<i>glipizide er</i>	61	<i>hydralazine hydrochloride</i>	42
<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	62	<i>hydrochlorothiazide</i>	42
<i>glipizide xl</i>	61	<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	15
<i>glycopyrrolate</i>	75	<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	15
GLYXAMBI	62	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	14
GOLYTELY	76	<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	15
<i>gránulosisetron hcl</i>	74	<i>hydrocortisone</i>	71, 75, 97, 98
<i>griseofulvin microsize</i>	19	<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	100
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	19	<i>hydrocortisone butyrate</i>	96, 97
<i>guanfacine er</i>	55	<i>hydrocortisone butyrate (lipophilic)</i>	96
<i>guanfacine hcl</i>	42	<i>hydrocortisone valerate</i>	97
GUANIDINE HCL	57	<i>hydromorphone hcl</i>	15, 16
GVOKE HYPOPEN	71	HYDROMORPHONE HCL	15
GVOKE PFS	71	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	16
H		HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	16
HAEGARDA	79	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	81
<i>hailey 1.5/30</i>	66	<i>hydroxyurea</i>	30
<i>hailey fe 1.5/30</i>	66	<i>hydroxyzine hcl</i>	91
<i>hailey fe 1/20</i>	66	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	91
<i>haily 24 fe</i>	66	<i>hydroxyzine pamoate</i>	91
<i>halobetasol propionate</i>	96	HYSINGLA er	14
<i>haloperidol</i>	53	I	
<i>haloperidol decanoate</i>	53	<i>ibandronate sodium</i>	63
<i>haloperidol lactate</i>	53	IBRANCE	32
HARVONI	24	<i>ibu</i>	14
HAVRIX	83	<i>ibuprofen</i>	14
<i>heather</i>	66	<i>ibuprofen/famotidine</i>	14
HELIOZ LQ	56	<i>icatibant acetate</i>	79
<i>heparin sodium</i>	79	<i>iclevia</i>	66
HEPARIN SODIUM	79	ICLUSIG	32
HEPARIN SODIUM/D5W	79	<i>idarubicin hcl</i>	28
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE	79	IDHIFA	32
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45 %	79	IFEX	28
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE	79	<i>ifosfamide</i>	28
HEPATAMINE	87	IFOSFAMIDE	28
HERCEPTIN	32	ILEVRO	89
HERCEPTIN HYLECTA	32	<i>imatinib mesylate</i>	32
HETLIOZ	56	IMBRUVICA	32
HIBERIX	83	<i>imipenem/cilastatin</i>	17
HUMIRA	80	<i>imipramine hcl</i>	49
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	80	<i>imipramine hydrochloride</i>	50
HUMIRA PEN	80	<i>imipramine pamoate</i>	50
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	60	<i>imiquimod</i>	98
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	60	IMIQUIMOD PUMP	98
		IMLYGIC	30

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	83	JANUVIA.....	62
<i>incassia</i>	66	JARDIANCE	62
INCRELEX.....	72	<i>jasmiel</i>	66
INCRUSE ELLIPTA	90	<i>jencycla</i>	66
<i>indapamide</i>	42	JENTADUETO.....	62
INFANRIX.....	83	JETNADUETO XR	62
INLYTA.....	32, 33	<i>jinteli</i>	70
INQOVI.....	30	JOLESSA	66
INREBIC	33	JOLIVETTE	66
INTELENCE	20	<i>juleber</i>	66
INTRON A	81, 82	JULUCA	22
<i>introvale</i>	66	<i>junel 1.5/30</i>	66
INVEGA SUSTENNA	53	<i>junel 1/20</i>	66
INVEGA TRINZA	53	<i>junel fe 1.5/30</i>	66
INVIRASE.....	20	<i>junel fe 1/20</i>	66
IONOSOL-MB/DEXTROSE 5 %.....	84	<i>junel fe 24</i>	67
IPOL INACTIVATED IPV.....	83	JUXTAPID	39
<i>ipratropium bromide</i>	90		
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	90		
<i>ipratropium bromide nasal</i>	91		
<i>irbesartan</i>	37, 38	K	
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	37	KADCYLA	33
IRESSA.....	33	<i>kaitlib fe</i>	67
<i>irinotecan</i>	30	KALETRA	22
<i>irinotecan hydrochloride</i>	30	<i>kalliga</i>	67
ISENTRESS	21	KALYDECO.....	92
ISENTRESS HD	21	<i>kariva</i>	67
<i>isibloom</i>	66	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.9 %.....	84
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%.....	84	KCL 0.3 %/D5W/NACL 0.45 %	84
ISOLYTE-S.....	84	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.2 %	84
<i>isoniazid</i>	23	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.9 %	84
<i>isosorbide dinitrate</i>	43	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.45 %	84
<i>isosorbide mononitrate</i>	43	KCL 0.15 %/D5W/NACL 0.225 %	84
<i>isosorbide mononitrate er</i>	43	KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%	84
<i>isotonic gentamicin</i>	17	<i>kelnor 1/35</i>	67
<i>isotretinoin</i>	94	<i>kelnor 1/50</i>	67
<i>isradipine</i>	41	<i>ketoconazole</i>	19, 95
<i>itraconazole</i>	19	<i>ketoprofen</i>	14
<i>ivermectin</i>	18	<i>ketoprofen er</i>	14
IXIARO.....	83	<i>ketorolac tromethamine</i>	14, 89
		KEYTRUDA.....	33
		KHAPZORY	36
		KINRIX.....	83
		<i>kionex</i>	64
		KISQALI.....	30, 33
		KISQALI FEMARA 200MG-2.5MG CO-PACK	30
		KISQALI FEMARA 400MG-2.5MG CO-PACK	30
		KISQALI FEMARA 600MG-2.5MG CO-PACK	30
		<i>klor-con</i>	85

J

<i>jaimiess</i>	66
JAKAFI	33
<i>jantoven</i>	79
JANUMET	62
JANUMET XR.....	62

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
KLOR-CON 8.....	85	<i>leucovorin calcium</i>	36
KLOR-CON 10	85	LEUKERAN.....	28
KLOR-CON/EF	85	<i>leuprolide acetate</i>	29
<i>klor-con m10</i>	85	<i>levalbuterol hcl</i>	91
<i>klor-con m15</i>	85	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	91
<i>klor-con m20</i>	85	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA.....	92
KORLYM.....	72	LEVEMIR	60
<i>kurvelo</i>	67	LEVEMIR FLEXTOUCH	60
KUVAN.....	72	<i>levetiracetam</i>	46
KYNMOBI	51	<i>levetiracetam er</i>	46
L		<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	46
<i>labetalol hydrochloride</i>	40	<i>levobunolol hcl</i>	90
<i>lactated ringers viaflex</i>	84	<i>levocarnitine</i>	72
<i>lactulose</i>	76	LEVOCARNITINE	72
<i>lamivudine</i>	21, 24	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	91
<i>lamivudine/zidovudine</i>	22	<i>levofloxacin</i>	26, 88
<i>lamotrigine</i>	46	<i>levofloxacin in d5w</i>	26
<i>lamotrigine er</i>	46	<i>levoleucovorin</i>	36
<i>lamotrigine kit inicial/azul</i>	46	<i>levonest</i>	67
<i>lamotrigine kit inicial/naranja</i>	46	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	67
<i>lamotrigine kit inicial/verde</i>	46	<i>levora</i>	67
<i>lamotrigine tabs. bucodispersables</i>	46	LEVO-T	73
<i>lansoprazole</i>	77	<i>levothyroxine sodium</i>	73
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	76	LEVOHYROXINE SODIUM	73
<i>lansoprazole dr</i>	77	LEVOXYL	73
<i>lapatinib ditosylate</i>	33	LEXIVA.....	21
<i>larin 1.5/30</i>	67	LIBTAYO.....	33
<i>larin 1/20</i>	67	<i>lidocaine</i>	97
<i>larin 24 fe</i>	67	<i>lidocaine hcl</i>	17, 38
<i>larin fe 1.5/30</i>	67	LIDOCAINE HCL	38
<i>larin fe 1/20</i>	67	<i>lidocaine hcl external</i>	97
<i>larissa</i>	67	LIDOCAINE HCL IN D5W	38
LASTACRAFT.....	89	<i>lidocaine hydrochloride pf</i>	17
<i>latanoprost</i>	90	<i>lidocaine/prilocaine</i>	97
LATUDA	53	<i>lidocaine viscous</i>	99
LEENA	67	<i>lillow</i>	67
<i>leflunomide</i>	81	<i>linezolid</i>	18
LENVIMA.....	33	LINEZOLID	18
LENVIMA 8 MG DOSIS DIARIA.....	33	LINZESS	76
LENVIMA 10 MG DOSIS DIARIA.....	33	<i>liothyronine sodium</i>	73
LENVIMA 14 MG DOSIS DIARIA.....	33	<i>lisinopril</i>	36
LENVIMA 18 MG DOSIS DIARIA.....	33	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	36
LENVIMA 20 MG DOSIS DIARIA.....	33	LITHIUM.....	57
LENVIMA 24 MG DOSIS DIARIA.....	33	<i>lithium carbonate</i>	57
<i>lessina</i>	67	<i>lithium carbonate er</i>	57
<i>letrozole</i>	29	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	67
		<i>loestrin 1/20-21</i>	67

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
loestrin fe 1.5/30.....	67	maprotiline hcl	50
loestrin fe 1/20.....	67	marlissa	67
lojaimiess	67	MARPLAN	50
LOKELMA.....	64	MATULANE.....	30
LONSURF.....	30	matzim la	41
loperamide hcl.....	76	MAVYRET	24
loperamide hydrochloride.....	76	meclizine hcl	74
lopinavir/ritonavir	22	meclofenamate sodium.....	14
LOPREEZA	70	medroxyprogesterone acetate	67, 73
lorazepam.....	44	mefloquine hcl	20
lorazepam intensol.....	44	megestrol acetate	29, 73
LORBRENA	33	MEKINIST.....	33
lorcet	16	MEKTOVI	33
lorcet hd	16	melodetta 24 fe.....	67
lorcet plus	16	meloxicam	14
loryna	67	melphalan.....	28
losartan potassium.....	38	melphalan hydrochloride.....	28
losartan potassium/hydrochlorothiazide	37	MEMANTINE HCL PAQ. DE AJUSTE DE LA DOSIS	48
LOTEMAX.....	89	memantine hydrochloride.....	48
LOTEMAX SM	89	memantine hydrochloride er	48
loteprednol etabonate.....	89	MENACTRA.....	83
lovastatin	39	MENQUADFI	83
low-ogestrel.....	67	MENVEO	83
loxapine	53	meprobamate	44
loxapine succinate	53	mercaptopurine	29
lo-zumandimine.....	67	meropenem	18
LUIDENT	85	mesalamine	75
LUMAKRAS	33	mesalamine dr.....	75
LUMIGAN	90	mesna.....	36
LUMIZYME.....	72	MESNEX.....	36
LUMOXITI	33	metadate er	55
LUPRON DEPOT	29	metaproterenol sulfate.....	92
LUPRON DEPOT-PED (1 MES)	72	metformin hydrochloride	62
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)	72	metformin hydrochloride er.....	62
lutera.....	67	methadone hcl.....	14
lyleq	67	METHADONE HCL INY.	14
lyllana.....	70	methadone hydrochloride.....	15
LYNPARZA	33	methazolamide.....	42
LYRICA CR.....	57	methenamine hippurate	18
LYSODREN.....	29	METHENAMINE MANDELATE.....	18
lyza	67	methergine.....	72
M		methimazole	73
mafénide acetate	94	methotrexate	29, 81
magnesium sulfate	84	methotrexate sodium	29
MAGNESIUM SULFATE.....	84	methoxsalen	95
malathion	99	methscopolamine bromide	75
		methyldopa.....	42

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>methylergonovine maleate</i>	72	<i>moexipril hcl</i>	36
<i>methylphenidate hydrochloride</i>	56	<i>molindone hydrochloride</i>	53
<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	56	<i>mometasone furoate</i>	93, 97
<i>methylphenidate hydrochloride cd er</i>	55	<i>mondoxyne nl</i>	27
<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	55, 56	MONJUVI	33
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER	56	<i>mono-linyah</i>	68
<i>methylprednisolone</i>	71	<i>montelukast sodium</i>	92
<i>methylprednisolone acetate</i>	71	<i>morgidox 1x100 mg</i>	27
<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	71	<i>morgidox 2x100 mg</i>	27
<i>metoclopramide hcl</i>	74	<i>morphine sulfate</i>	16
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	74	MORPHINE SULFATE	16
METOCLOPRAMIDE ODT	74	<i>morphine sulfate er</i>	15
<i>metoclopramide tabs. bucodispersables</i>	74	MOVANTIK	76
<i>metolazone</i>	42	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	26, 88
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	40	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	26
<i>metoprolol succinate er</i>	40	MULTAQ	38
<i>metoprolol tartrate</i>	40	MULTI VITAMIN/FLUORIDE	85
<i>metronidazole</i>	18, 78, 98	MULTIVITAMIN/FLUORIDE	85
<i>metronidazole in nacl</i>	18	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE DROPS	85
<i>metyrosine</i>	43	MULTI-VITAMIN/FLUORIDE/IRON	85
<i>mibelas 24 fe</i>	67	<i>mupirocin</i>	94
<i>micafungin</i>	19	<i>mutamycin</i>	28
<i>miconazole 3</i>	78	MYCAMEINE	19, 20
MICROGESTIN 1.5/30	67	<i>mycophenolate mofetil</i>	82
MICROGESTIN 1/20	68	<i>mycophenolic acid dr</i>	82
<i>microgestin 24 fe</i>	68	MYLOTARG	33
MICROGESTIN FE 1.5/30	68	<i>myorisan</i>	94
MICROGESTIN FE 1/20	68	MYRBETRIQ	78
<i>midodrine hcl</i>	43		
<i>miglitol</i>	62		
<i>miglustat</i>	72		
<i>mil</i>	68	N	
<i>mimvey</i>	70	<i>nabumetone</i>	14
<i>minitran</i>	43	<i>nadolol</i>	40
<i>minocycline hcl</i>	27	<i>nafcillin sodium</i>	26
<i>minocycline hydrochloride</i>	27	<i>naftifine hcl</i>	95
<i>minocycline hydrochloride er</i>	27	<i>naftifine hydrochloride</i>	95
<i>minoxidil</i>	43	NAGLAZYME	72
<i>mirtazapine</i>	50	<i>nalbuphine hcl</i>	16
<i>mirtazapine odt</i>	50	<i>naloxone hcl</i>	59
<i>misoprostol</i>	76	<i>naloxone hydrochloride</i>	59
MITIGARE	13	<i>naltrexone hcl</i>	59
<i>mitomycin</i>	28	NAMZARIC	48
<i>mitoxantrone hcl</i>	30	<i>naproxen</i>	14
M-M-R II	83	<i>naproxen/esomeprazole magnesium</i>	14
M-NATAL PLUS	85	<i>naproxen sodium</i>	14
<i>modafinil</i>	58	NAPROXEN SODIUM	14
		NAPROXEN SODIUM CR	14

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>naproxen sodium er</i>	14	NITROGLYCERIN INY.....	43
<i>naratriptan hcl</i>	57	<i>nitroglycerin lingual</i>	43
NARCAN	59	<i>nitroglycerin subl.</i>	43
NATACYN.....	88	NITYR	72
<i>nateglinide</i>	62	NIVA-PLUS.....	86
NATPARA.....	64	<i>nizatidine</i>	75
NAYZILAM	46	<i>nolix</i>	97
<i>necon 0.5/35-28</i>	68	NORA-BE	68
<i>nefazodone hcl</i>	50	<i>norethindrone</i>	68
<i>nefazodone hydrochloride</i>	50	<i>norethindrone acetate</i>	73
<i>neomycin</i>	18	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	68, 70
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	88	<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i> ..	87	<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	87	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	68
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	88	NORITATE.....	98
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	87, 100	<i>norlyda</i>	68
NEONATAL PLUS	85	NORMOSOL-M IN D5W	84
<i>neo-polycin</i>	88	NORMOSOL-R PH 7.4	84
NEPHRAMINE.....	87	NORPACE CR.....	38
NERLYNX	33	NORTHERA.....	43
<i>neuac</i>	94	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	68
NEUPRO	51	<i>nortrel 1/35</i>	68
<i>nevirapine</i>	21	<i>nortrel 7/7/7</i>	68
<i>nevirapine er</i>	21	<i>nortriptyline hcl</i>	50
NEXAVAR	33	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	50
<i>niacin</i>	39	NORVIR.....	21
<i>niacin er</i>	39	NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA JERINGUILA/ORIGINAL/ULTRA-FINE	60
<i>niacor</i>	39	NOVOLIN 70/30	60
<i>nicardipine hcl</i>	41	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	60
NICOTROL	59	NOVOLIN N	61
NICOTROL INHALADOR.....	59	NOVOLIN N FLEXPEN	61
<i>nifedical xl</i>	41	NOVOLIN R	61
<i>nifedipine er</i>	41	NOVOLIN R FLEXPEN	61
<i>nikki</i>	68	NOVOLOG	61
<i>nilutamide</i>	29	NOVOLOG FLEXPEN	61
<i>nimodipine</i>	41	NOVOLOG MIX 70/30	61
NINLARO	33	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	61
NIPENT	30	NOVOLOG PENFILL	61
<i>nisoldipine er</i>	41	NOXAFL	20
<i>nitazoxanide</i>	18	NUBEQA	30
<i>nitisinone</i>	72	NUEDEXTA	57
NITRO-BID	43	NULOJIX	82
NITRO-DUR	43	NULYTELY	76
<i>nitrofurantoin</i>	18	NULYTELY/FLAVOR PACKS	76
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	18	NUPLAZID	53
<i>nitrofurantoin monohydrate</i>	18		
<i>nitroglycerin</i>	43		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
NUTRILIPID	87	<i>oxiconazole nitrate</i>	95
<i>nyamyc</i>	95	<i>oxybutynin chloride</i>	78
<i>nlylia 7/7/7</i>	68	<i>oxybutynin chloride er</i>	78
NYMALIZE.....	41	<i>oxycodone/acetaminophen</i>	16
<i>nymyo</i>	68	<i>oxycodone/aspirin</i>	16
<i>nystatin</i>	20, 95, 99	<i>oxycodone hcl</i>	16
<i>nystop</i>	95	<i>oxycodone hydrochloride</i>	16
O		<i>oxymorphone hydrochloride</i>	16
OCELLA.....	68	OZEMPIC	62
OCTAGAM	81		
<i>octreotide acetate</i>	72		
ODEFSEY.....	22		
ODOMZO	33		
OFEV	92		
<i>ofloxacin</i>	88, 100		
<i>okebo</i>	27		
<i>olanzapine</i>	53, 54		
<i>olanzapine tabs. bucodispersables</i>	53		
<i>olmesartan medoxomil</i>	37, 38		
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/</i> <i>hydrochlorothiazide</i>	37		
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	37		
<i>olopatadine hcl</i>	89, 91		
<i>omega-3-acid ésteres etílicos</i>	39		
<i>omeprazole</i>	77		
<i>omeprazole dr</i>	77		
ONCASPAR	30		
<i>ondansetron hcl</i>	74		
<i>ondansetron hydrochloride</i>	74		
<i>ondansetron tabs. bucodispersables</i>	74		
ONUREG	29		
OPSUMIT	43		
ORACEA	98		
<i>oralone dental paste</i>	99		
ORFADIN	72		
ORGOVYX	30		
ORKAMBI.....	92		
<i>orsythia</i>	68		
<i>oseltamivir phosphate</i>	24		
OSMOPREP	76		
<i>oxacillin sodium</i>	26		
<i>oxaliplatin</i>	28		
<i>oxandrolone</i>	59		
<i>oxaprozin</i>	14		
<i>oxazepam</i>	44		
<i>oxcarbazepine</i>	46		
P			
<i>pacerone</i>	38		
<i>paclitaxel</i>	31		
PADCEV	33		
<i>paliperidone er</i>	54		
<i>pamidronate disodium</i>	64		
PAMIDRONATE DISODIUM	64		
PANRETIN.....	98		
<i>pantoprazole sodium</i>	77		
<i>pantoprazole sodium dr</i>	77		
PANZYGA.....	81		
<i>paraplatin</i>	28		
<i>paricalcitol</i>	74		
<i>paroex</i>	99		
<i>paromomycin</i>	18		
<i>paroxetine hcl</i>	50		
<i>paroxetine hcl er</i>	50		
<i>paroxetine hydrochloride</i>	50		
<i>paroxetine hydrochloride</i>	50		
PASER	23		
PAXIL.....	50		
PAZEO	89		
PEDIARIX	83		
PEDVAX HIB	83		
<i>peg-3350/electrolytes</i>	76		
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	76		
PEGANONE	46		
PEGASYS	24		
PEMAZYRE	33		
<i>penicillamine</i>	64		
<i>penicillin g potassium</i>	26		
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	26		
PENICILLIN G PROCAINE	27		
<i>penicillin g sodium</i>	27		
<i>penicillin v potassium</i>	27		
PENNSAID	98		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PENTACEL	83	POLY-VITAMIN/FLUORIDE	86
<i>pentamidine isethionate</i>	18	POMALYST	30
<i>pentoxifylline er</i>	79	<i>portia-28</i>	68
PEPAXTO	28	<i>posaconazole dr</i>	20
<i>perindopril erbumine</i>	36	<i>potassium chloride</i>	85, 86
<i>periogard</i>	99	POTASSIUM CHLORIDE	85
<i>permethrin</i>	99	<i>potassium chloride cr</i>	86
<i>perphenazine</i>	50, 54	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	84
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	50	POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/SODIUM	
PERSERIS	54	CHLORIDE	84
<i>phenadoxz</i>	74	<i>potassium chloride er</i>	86
<i>phenelzine sulfate</i>	50	<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	84
<i>phenobarbital</i>	46	POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE	84
<i>phenobarbital sodium</i>	46	<i>potassium chloride sr</i>	86
PHENYTEK	46	<i>potassium citrate er</i>	78
<i>phenytoin</i>	46	POTELIGEO	34
<i>phenytoin sodium</i>	46	PRADAXA	79
<i>phenytoin sodium extended</i>	46	PRALUENT	39
PHESGO	33	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	52
<i>philith</i>	68	<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	51
PHOSPHOLINE IODIDE	90	<i>prasugrel</i>	80
PICATO	98	<i>pravastatin sodium</i>	39
PIFELTRO	21	<i>praziquantel</i>	18
<i>pilocarpine hcl</i>	90	<i>prazosin hcl</i>	37
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	99	<i>prazosin hydrochloride</i>	37
<i>pimozide</i>	54	<i>prednicarbate</i>	97
<i>pimtrea</i>	68	PREDNICARBATE	97
<i>pindolol</i>	40	<i>prednisolone</i>	71
<i>pioglitazone hcl</i>	62	<i>prednisolone acetate</i>	89
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	62	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	63	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	63	OPHTHALMIC SOLN 1%	89
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	27	<i>prednisone</i>	71
PIQRAY	33	PREDNISONE INTENSOL	71
<i>pirmella 1/35</i>	68	<i>pregabalin</i>	46, 47
<i>pirmella 7/7/7</i>	68	<i>pregabalin er</i>	57
<i>piroxicam</i>	14	PREMARIN	70
PLASMA-LYTE-148	84	PREMASOL	87
PLASMA-LYTE A	84	PREMPRO	70
<i>plenamine</i>	87	PRENATAL	86
PLENU	76	PRENATAL PLUS	86
PN FOLIC ACID + IRON MULTIVITAMIN	86	PRENATAL PLUS LOW IRON	86
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	86	PREPLUS	86
<i>podofilox</i>	98	PRETOMANID	23
POLIVY	34	<i>prevalite</i>	39
<i>polycin</i>	88	<i>previfem</i>	68
<i>polymyxin b sulfate(trimethoprim sulfate)</i>	88	PREVYMIS	24

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PREZCOBIX.....	22	QUADRACEL.....	83
PREZISTA	21	<i>quetiapine fumarate</i>	54
PRIFTIN	23	<i>quetiapine fumarate er</i>	54
<i>primaquine phosphate</i>	20	<i>quinapril hcl</i>	36
<i>primidone</i>	47	<i>quinapril hydrochloride</i>	36
PRIVIGEN	81	<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	36
<i>probenecid</i>	13	<i>quinidine sulfate</i>	38
<i>probenecid/colchicine</i>	13	<i>quinine sulfate</i>	20
PROCALAMINE.....	87	R	
<i>prochlorperazine</i>	74	RABAVERT	83
<i>prochlorperazine edisylate</i>	74	<i>rabeprazole sodium dr</i>	77
<i>prochlorperazine maleate</i>	74	<i>raloxifene hydrochloride</i>	72
PROCRT	79	<i>ramipril</i>	36
<i>procto-med hc</i>	98	<i>ranolazine er</i>	43
<i>procto-pak</i>	98	<i>rasagiline mesylate</i>	52
<i>proctosol hc</i>	98	REBIF.....	58
<i>protozone-hc</i>	98	REBIF REBIDOSE	58
<i>progesterone</i>	73	REBIF REBIDOSE TITRATION PACK.....	58
PROGRAF.....	82	REBIF TITRATION PACK.....	58
PROLASTIN-C	92	<i>reclipsen</i>	68
PROLENSA.....	89	RECOMBIVAX HB	83
PROLIA.....	64	RECTIV	98
PROMACTA	80	REGRANEX.....	99
<i>promethazine hcl</i>	74, 75	<i>relafen</i>	14
<i>promethazine hydrochloride</i>	75	RELENZA DISKHALER	24
<i>promethegan</i>	75	RELISTOR.....	77
<i>propafenone hcl</i>	38	RENFLEXIS	80
<i>propafenone hydrochloride er</i>	38	<i>repaglinide</i>	63
<i>proparacaine hcl</i>	90	RESCRIPTOR.....	21
<i>propranolol hcl</i>	40	RESTASIS	90
<i>propranolol hcl er</i>	40	RESTASIS MULTIDOSE	90
<i>propranolol hydrochloride</i>	40	RETEVMO	34
<i>propranolol hydrochloride er</i>	40	REVLIMID	30
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	40	REXULTI	54
<i>propylthiouracil</i>	73	REYATAZ	21
PROQUAD	83	REZUROCK	82
PROSOL	87	RHOPRESSA	90
<i>protriptyline hcl</i>	50	<i>ribavirin</i>	24
PULMICORT FLEXHALER.....	93	<i>rifabutin</i>	23
PULMOZYME.....	92	<i>rifampin</i>	23
PURIXAN.....	29	RIFATER	23
<i>pyrazinamide</i>	23	<i>riluzole</i>	57
<i>pyridostigmine bromide</i>	57	<i>rimantadine hydrochloride</i>	24
<i>pyridostigmine bromide er</i>	57	RINGERS INYECCIÓN.....	85
Q		RINVOQ	81
QINLOCK	34	<i>risedronate sodium</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>risedronate sodium dr.....</i>	64	<i>setlakin</i>	68
RISPERDAL CONSTA.....	54	SF99	
<i>risperidone.....</i>	54	<i>sharobel</i>	68
<i>risperidone odt</i>	54	SHINGRIX.....	83
<i>risperidone tabs. bucodispersables</i>	54	SIGNIFOR.....	73
<i>ritonavir</i>	21	<i>sildenafil.....</i>	43
RITUXAN.....	34	<i>silodosin</i>	77
RITUXAN HYCELA.....	34	SILVER SULFADIAZINE.....	94
<i>rivastigmine patch</i>	48	SIMBRINZA.....	90
<i>rivastigmine tartrate.....</i>	48	<i>simliya</i>	69
RIVELSA	68	<i>simpesse.....</i>	69
<i>rizatriptan benzoate</i>	57	<i>simvastatin.....</i>	39
<i>rizatriptan benzoate tabs. bucodispersables</i>	57	<i>sirolimus</i>	82
<i>romidepsin.....</i>	34	SIRTURO	23
ROMIDEPSIN.....	34	SIVEXTRO.....	18
<i>ropinirole er</i>	52	SKYRIZI	81
<i>ropinirole hcl</i>	52	SKYRIZI PEN	81
<i>ropinirole hydrochloride</i>	52	<i>sodium bicarbonate</i>	85
<i>rosadan.....</i>	98	SODIUM BICARBONATE	85
<i>rosuvastatin calcium</i>	39	<i>sodium chloride</i>	85
ROTARIX	83	SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLN. PARA IRRIGACIÓN	99
ROTATEQ	83	<i>sodium chloride 0.45%.....</i>	85
<i>roweepra.....</i>	47	SODIUM CHLORIDE INJ.....	85
<i>roweepra xr</i>	47	<i>sodium chloride iny.</i>	85
ROZLYTREK	34	SODIUM FLUORIDE	86, 99
RUBRACA.....	34	<i>sodium fluoride 5000 ppm.....</i>	99
<i>rufinamide</i>	47	<i>sodium fluoride 5000 ppm sensitive.....</i>	99
RUKOBIA	21	<i>sodium phenylbutyrate</i>	73
RYBELSUS.....	63	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	64
RYDAPT.....	34	<i>sodium sulfacetamide</i>	88
S		<i>solifenacin succinate</i>	78
<i>sajazir.....</i>	80	SOLIQUA 100/33	61
SANCUSO	75	SOLTAMOX.....	30
SANDIMMUNE.....	82	SOLU-CORTEF	71
SANTYL	99	SOMATULINE DEPOT	73
SAPHRIS.....	54	SOMAVERT	73
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	73	<i>sorine</i>	38
SARCLISA.....	34	<i>sotalol hcl.....</i>	38
<i>scopolamine.....</i>	75	<i>sotalol hcl af</i>	38
SECUADO	54	<i>spironolactone</i>	37, 42
<i>selegiline hcl.....</i>	52	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	42
<i>selenium sulfide.....</i>	95	<i>sprintec 28</i>	69
SELZENTRY	21	SPRITAM	47
SEREVENT DISKUS.....	92	SPRYCEL	34
<i>sertraline hcl</i>	50	<i>sps susp 15gm/60ml.....</i>	64
<i>sertraline hydrochloride.....</i>	50	<i>sronyx.....</i>	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SSD.....	94	TABLOID	29
<i>stavudine</i>	21	TABRECTA	34
STELARA	81	<i>tacrolimus</i>	82, 98
STERILE WATER FOR IRRIGATION.....	99	<i>tadalafil</i>	43
STIMATE	73	TAFINLAR.....	34
STIVARGA	34	TAGRISSO	34
<i>streptomycin sulfate</i>	18	TALTZ	81
STRIBILD.....	22	TALZENNA.....	34
<i>subvenite</i>	47	<i>tamoxifen citrate</i>	30
<i>subvenite starter kit</i>	47	<i>tamsulosin hydrochloride</i>	77
<i>sucralfate</i>	77	TARGETIN.....	98
SUCRALFATE SUSP	77	<i>tarina fe 1/20</i>	69
<i>sulfacetamide sodium</i>	88, 94	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	69
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	87	TASIGNA.....	34
SULFADIAZINE	18	<i>tazarotene</i>	95
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	18	<i>tazicef</i>	25
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	18	TAZORAC	95
SULFAMYLON	94	<i>taztia xt</i>	41
<i>sulfasalazine</i>	76	TAZVERIK	34
SULFASALAZINE.....	76	TDVAX	83
<i>sulindac</i>	14	TECENTRIQ.....	34
<i>sumatriptan</i>	57	TECFIDERA	58
<i>sumatriptan/naproxen sodium</i>	57	TECFIDERA PAQ. INICIAL	58
<i>sumatriptan succinate</i>	57	TEFLARO	25
<i>sumatriptan succinate refill</i>	57	<i>telmisartan</i>	37, 38
<i>sunitinib malate</i>	34	<i>telmisartan/amlodipine</i>	37
SUPRAX.....	25	<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	37
SUPREP BOWEL PREP	76	<i>temazepam</i>	56
SUTAB.....	76	TEMIXYS.....	23
SUTENT.....	34	<i>temsirolimus</i>	34
<i>syeda</i>	69	TENIVAC	83
SYLATRON	30	<i>tenofovir</i>	21
SYMBICORT.....	93	TEPMETKO	34
SYMDEKO	92	<i>terazosin hcl</i>	37
SYMFI	22, 23	<i>terazosin hydrochloride</i>	37
SYMFI LO	23	<i>terbinafine hcl</i>	20
SYMLINPEN 60.....	63	<i>terbutaline sulfate</i>	92
SYMLINPEN 120.....	63	<i>terconazole</i>	78
SYMPAZAN	47	<i>testosterone</i>	59
SYMTUZA.....	23	<i>testosterone cypionate</i>	59
SYNAREL.....	70	<i>testosterone enanthate</i>	59
SYNERCID	18	<i>testosterone gel</i>	60
SYNJARDY	63	<i>testosterone pump</i>	59, 60
SYNJARDY XR.....	63	<i>testosterone topical</i>	60
SYNRIBO	31	<i>tetrabenazine</i>	57
SYNTHROID.....	73	<i>tetracycline hydrochloride</i>	27

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TEXACORT	97	<i>tranylcypromine sulfate</i>	50
THALOMID	30	TRAVASOL	87
THEO-24	92	<i>travoprost</i>	90
<i>theophylline</i>	92	<i>trazodone hydrochloride</i>	50
<i>theophylline er</i>	92	TRECATOR.....	23
<i>thioridazine hcl</i>	54	TRELEGY ELLIPTA	90
<i>thiotepa</i>	28	TRELSTAR MIXJECT	30
<i>thiothixene</i>	54	<i>treprostinil</i>	43
<i>tiadylt er</i>	41	TRESIBA	61
<i>tiagabine hydrochloride</i>	47	TRESIBA FLEXTOUCH	61
TIBSOVO.....	34	<i>tretinoin</i>	31, 94
<i>tigecycline</i>	27	TRETINOIN MICROSPHERE.....	94
TILIA FE	69	<i>triamcinolone acetonide</i>	71, 97
<i>timolol maleate</i>	40, 90	<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	99
TIMOLOL MALEATE OFTÁLMICO	90	<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	42
<i>tinidazole</i>	18	<i>triazolam</i>	56
TIVICAY	21	TRICARE PRENATAL.....	86
TIVICAY PD	21	<i>triderm</i>	97
<i>tizanidine hcl</i>	58	<i>trientine hydrochloride</i>	64
<i>tizanidine hydrochloride</i>	58	<i>tri-estarrylla</i>	69
TOBRADEX	87	<i>tri-femynor</i>	69
TOBRADEX ST	87	<i>trifluoperazine hcl</i>	54
<i>tobramycin/dexamethasone</i>	87	<i>trifluoperazine hydrochloride</i>	54
<i>tobramycin nebu</i>	18	<i>trifluridine</i>	88
<i>tobramycin sulfate</i>	18, 19, 88	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	52
<i>tolterodine tartrate</i>	78	<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	52
<i>tolterodine tartrate er</i>	78	TRIJARDY XR	63
<i>topiramate</i>	47	<i>tri-legest fe</i>	69
TOPIRAMATE ER	47	<i>tri-linyah</i>	69
<i>toposar</i>	31	<i>tri-lo-estarrylla</i>	69
<i>topotecan hcl</i>	31	<i>tri-lo-marzia</i>	69
TOPOTECAN HCL.....	31	<i>tri-lo-mili</i>	69
<i>toremifene citrate</i>	30	<i>tri-lo-sprintec</i>	69
<i>torsemide</i>	42	<i>trilyte</i>	76
<i>tovet</i>	97	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	75
TOVIAZ.....	78	<i>trimethoprim</i>	19
TPN ELECTROLYTES	85	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	88
TRACLEER.....	43	<i>tri-mili</i>	69
TRADJENTA.....	63	<i>trimipramine maleate</i>	50
TRAMADOL ER CÁPS.	15	TRINTELLIX.....	50, 51
<i>tramadol hcl</i>	16	<i>tri-nymyo</i>	69
<i>tramadol hcl er tabs</i>	15	<i>tri-previfem</i>	69
<i>tramadol hydrochloride</i>	16	<i>tri-sprintec</i>	69
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	16	TRIUMEQ	23
<i>trandolapril</i>	36	TRI-VITE/FLUORIDE	86
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	36	<i>trivora-28</i>	69
<i>tranexamic acid</i>	80	<i>tri-vylibra</i>	69

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>tri-vylibra lo</i>	69	<i>velivet</i>	69
TRODELVY	34	VELTASSA	64
TROGARZO.....	21	VEMLIDY	24
TROPHAMINE	87	VENCLEXTA	35
<i>trospium chloride</i>	78	VENCLEXTA PAQ. INICIAL	35
<i>trospium chloride er</i>	78	<i>venlafaxine hcl</i>	51
TRULICITY	63	<i>venlafaxine hcl er</i>	51
TRUMENBA	83	<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	51
TRUSELTIQ	34	VENTAVIS.....	43
TRUVADA.....	23	VENTOLIN HFA	92
TUKYSA.....	34, 35	<i>verapamil hcl</i>	41
<i>tulana</i>	69	<i>verapamil hcl er</i>	41
TURALIO	35	<i>verapamil hcl sr</i>	41
TWINRIX.....	83	VERAPAMIL HCL SR CÁPS. LIBER. PROLONG.	
TYBOST	22	24 H 360 MG	41
<i>tydemy</i>	69	<i>verapamil hydrochloride</i>	41
TYKERB	35	<i>verapamil hydrochloride er</i>	41
TYMLOS	64	VERSACLOZ	54
TYPHIM VI.....	83	VERZENIO	35
U		<i>vestura</i>	69
UBRELVY.....	57	VICTOZA	63
UKONIQ.....	35	VIDEX EC	22
UNITHROID	73	VIDEX PEDIÁTRICO	22
<i>ursodiol</i>	77	<i>vienna</i>	69
V		<i>vigabatrin</i>	47
<i>valacyclovir hcl</i>	24	<i>vigadron</i>	47
<i>valacyclovir hydrochloride</i>	24	VIIBRYD.....	51
VALCHLOR.....	98	VIIBRYD PAQ. INICIAL	51
<i>valganciclovir</i>	24	VIMOVO	14
<i>valganciclovir hydrochloride</i>	24	VIMPAT	47
<i>valproate sodium</i>	47	<i>vinblastine sulfate</i>	31
<i>valproic acid</i>	47	<i>vincristine sulfate</i>	31
<i>valsartan</i>	38	<i>vinorelbine tartrate</i>	31
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>viorele</i>	69
VALTOCO.....	47	VIRACEP	22
VANCOMYCIN	19	VIREAD	22
<i>vancomycin hcl</i>	19	VITRAKVI	35
VANCOMYCIN HCL	19	VIVITROL	59
<i>vancomycin hydrochloride</i>	19	VIZIMPRO	35
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	19	<i>volnea</i>	69
VAQTA.....	83	VOL-PLUS	86
VARENICLINE TARTRATE.....	59	<i>voriconazole</i>	20
VARIVAX.....	83	VOSEVI	24
VASCEPA.....	39	VOTRIENT	35
VELCADE.....	35	VP-PNV-DHA	86
		VRAYLAR	55
		VRAYLAR CÁPS. PAQUETE DE TRATAMIENTO	55

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>vyfemla</i>	69	ZERVIATE	89
<i>vylibra</i>	69	<i>zidovudine</i>	22
VYVANSE.....	56	<i>ziprasidone hcl</i>	55
YZULTA.....	90	<i>ziprasidone mesylate</i>	55
W		<i>ZIRABEV</i>	35
<i>warfarin sodium</i>	79	<i>ZIRGAN</i>	88
WELIREG.....	31	<i>zoledronic acid</i>	64
<i>wera</i>	69	ZOLEDRONIC ACID.....	64
WESTAB PLUS.....	86	ZOLINZA	35
<i>wymzyafe</i>	69	<i>zolmitriptan</i>	57
X		<i>zolmitriptan odt</i>	57
XALKORI	35	ZOLOFT.....	51
XARELTO.....	79	<i>zolpidem tartrate</i>	56
XARELTO STARTER PACK.....	79	<i>zonisamide</i>	48
XATMEP	81	ZORTRESS.....	82
XCOPRI	47, 48	ZOSTAVAX	83
XELJANZ	81	<i>zovia 1/35e</i>	70
XELJANZ XR	81	<i>zumandimine</i>	70
XGEVA.....	64	ZYCLARA BOMBA	99
XIFAXAN.....	77	ZYDELIG.....	35
XIGDUO XR.....	63	ZYKADIA	35
XOLAIR.....	92	ZYLET	87
XOSPATA	35	ZYPREXA RELPREVV.....	55
XPOVIO	35	ZYTIGA	30
XTANDI	30		
XULTOPHY.....	61		
XYREM	58		
Y			
YEROY.....	35		
YF-VAX	83		
<i>yuvafem</i>	70		
Z			
<i>zafirlukast</i>	92		
<i>zaleplon</i>	56		
<i>zarah</i>	69		
ZARXIO.....	79		
ZEJULA	35		
ZELBORA ^F	35		
ZEMAIRA.....	92		
<i>zenatane</i>	94		
ZENPEP	77		
<i>zenzedi</i>	56		
ZEPZELCA	28		

Lista adicional de cobertura de medicamentos de Medicaid

Nombre del medicamento
ALTERNATIVE MEDICINES
krill oil oral capsule 300 mg
*Alternative Medicine - Lu's***
lutein esters oral capsule 18.6 mg
lutein oral capsule 20 mg, 40 mg, 6 mg
lutein oral tablet 10 mg, 20 mg, 6 mg
*Alternative Medicine - St's***
stevia oral packet 100 mg
*Alternative Medicine Combinations - ThreeIngredients***
omega-3-6-9 oral capsule
*Alternative Medicine Combinations - TwoIngredients***
omega-3 gummies oral tablet chewable
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY
*Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsails)***
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml
ibuprofen jr tablet 100 mg oral oral tablet 100 mg
ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg
ibuprofen oral capsule 200 mg
ibuprofen oral tablet 200 mg
naproxen sodium oral capsule 220 mg
naproxen sodium oral tablet 220 mg
ANALGESICS - NONNARCOTIC
*Analgesics Other***
acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg
acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml
acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg
acetaminophen junior strength oral tablet dispersible 160 mg
acetaminophen oral tablet 325 mg
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg, 80 mg
acetaminophen rapid tabs child oral tablet dispersible 80 mg
acetaminophen rectal suppository 120 mg

Nombre del medicamento	
acetaminophen rectal suppository 650 mg	
acetaminophen solution 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	
feverall junior strength rectal suppository 325 mg	
liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	
mapap acetaminophen extra str oral liquid 500 mg/15ml	
pain relief childrens oral elixir 160 mg/5ml	
pain relief extra strength oral capsule 500 mg	
*Salicylate Combinations***	
aspirin buf(cacarb-mgcarb-mgo) oral tablet 325 mg	
*Salicylates***	
aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg	
aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	
aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	
aspirin oral tablet 325 mg	
aspirin powder	
aspirin rectal suppository 300 mg, 600 mg	
ANTACIDS	
*Antacid & Simethicone***	
alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml,400-400-40 mg/5ml	
mintox plus oral tablet chewable 200-200-25 mg	
*Antacid Combinations***	
heartburn antacid ex st oral tablet chewable 160-105 mg	
*Antacids - Aluminum Salts***	
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	
*Antacids - Bicarbonate***	
sodium bicarbonate oral tablet 325 mg	
sodium bicarbonate oral tablet 650 mg	
*Antacids - Calcium Salts***	
antacid extra strength oral tablet chewable 750 mg	
calcium antacid oral tablet chewable 500 mg	
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	
calcium carbonate antacid oral tablet 648 mg	
titralac oral tablet chewable 420 mg	

Nombre del medicamento	
*Antacids - Magnesium Salts***	
magnesium oxide oral tablet 250 mg	
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	
uro-mag oral capsule 140 mg	
ANTIDIABETICS	
*Diabetic Other***	
glucose oral tablet chewable 4 gm	
Glucose oral tablet chewable 5 gm	
ANTIDIARRHEAL/PROBIOTIC AGENTS	
*Antidiarrheal/Probiotic Agents - Misc.***	
bismatrol maximum strength oral suspension 525 mg/15ml	
bismuth subsalicylate oral suspension 525 mg/30ml	
bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg	
kaopectate oral tablet 262 mg	
*Antiperistaltic Agents***	
loperamide hcl oral capsule 2 mg	
loperamide hcl oral liquid 1 mg/5ml	
loperamide hcl oral suspension 1 mg/7.5ml	
loperamide hcl oral tablet 2 mg	
ANTIDOTES AND SPECIFIC ANTAGONISTS	
*Antidotes And Specific Antagonists***	
ipecac syrup oral syrup	
ANTIEMETICS	
*Antiemetics - Anticholinergic***	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg	
meclizine hcl oral tablet 25 mg	
meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg	
ANTIHISTAMINES	
*Antihistamines - Alkylamines***	
allergy oral tablet 4 mg	
chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg	
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	
*Antihistamines - Ethanolamines***	
allergy relief childrens oral tablet dispersible 12.5 mg	
banophen oral tablet 25 mg	

Nombre del medicamento	
clemastine fumarate oral tablet 1.34 mg	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	
diphenhydramine hcl oral elixir 12.5 mg/5ml	
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	
diphenhydramine hcl oral tablet chewable 12.5 mg	
*Antihistamines - Non-Sedating***	
allergy relief oral capsule 10 mg	
cetirizine hcl childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	
fexofenadine hcl oral tablet 60 mg	
loratadine oral tablet dispersible 10 mg	
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg	
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	
loratadine oral syrup 5 mg/5ml	
loratadine oral tablet 10 mg	
CHEMICALS	
*Acids***	
acetic acid glacial solution 99 %	
acetic acid solution 3 %, 5 %	
*Bulk Chemicals - Et's***	
ethyl oleate liquid	
*Bulk Chemicals - St's***	
stevia extract powder 90 %	
*Fixed Oils***	
castor oil oil	
cottonseed oil oil	
olive oil oil	
sesame oil oil	
*Liquids***	
benzyl benzoate liquid	
glycerin liquid	

Nombre del medicamento	
CONTRACEPTIVES	
*Emergency Contraceptives***	
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	
COUGH/COLD/ALLERGY	
*Antitussive - Nonnarcotic***	
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30mg/5ml	
*Antitussive-Expectorant - Decongest-Analgesic***	
mucus relief cold flu throat oral liquid 5-10-200-325 mg/10ml	
mucus relief plus oral tablet 5-10-200-325 mg	
*Antitussive-Expectorant***	
cough & chest congestion dm oral liquid 5-100 mg/5ml	
dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 20-200 mg/10ml	
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	
dm-guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 60-1200 mg	
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	
mucinex cough for kids oral packet 5-100 mg	
mucus relief dm tablet extended release 12 hour 30-600 mg oral 30-600mg	
*Antitussive-Expectorants-Decongestant***	
mucus relief severe congest/cgh oral liquid 10-20-400 mg/20ml, 2.5-5-100 mg/5ml	
robitussin peak cold multi-sym oral liquid 5-10-100 mg/5ml	
virtussin dac oral solution 30-10-100 mg/5ml	
wal-tussin cf oral liquid 30-10-100 mg/5ml	
*Decongestant & Antihistamine***	
alahist d oral tablet 17.5-10 mg	
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	
fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour 60-120 mg	
fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour 180-240 mg	
lohist-d oral liquid 2-30 mg/5ml	
loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	
loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	

Nombre del medicamento	
wal-phed sinus/allergy oral tablet 4-60 mg	
wal-tap cold/allergy oral elixir 1-15 mg/5ml	
*Decongestant W/ Expectorant***	
maxi-tuss pe max oral liquid 5-100 mg/5ml	
phenylephrine-guaifenesin oral tablet 10-400 mg	
pseudephedrine-guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 120-1200 mg, 60-600 mg	
tussi-pres pe pediatric oral liquid 2.5-100 mg/5ml	
*Decongestant-Analgesic-Expectorant***	
mucus relief cold/sinus max st oral liquid 10-650-400 mg/20ml	
mucus relief severe sinus oral tablet 5-325-200 mg	
*Expectorants***	
guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	
guaifenesin oral solution 100 mg/5ml, 200 mg/10ml	
guaifenesin oral syrup 100 mg/5ml	
guaifenesin oral tablet 200 mg	
guaifenesin oral tablet 400 mg	
mucinex for kids oral packet 100 mg	
*Misc. Respiratory Inhalants***	
sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %	
sodium chloride nebulization solution 0.9 % inhalation (rx) 0.9 %	
*Non-Narc Antitussive-Decongestant-Antihistamine***	
dimaphen dm cold/cough oral liquid 2.5-1-5 mg/5ml	
nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	
pseudeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	
DERMATOLOGICALS	
*Acne Products***	
acne maximum strength external cream 10 %	
acne medication 10 external lotion 10 %	
acne medication 5 external lotion 5 %	
benzoyl peroxide cleanser external liquid 6 %	
benzoyl peroxide external gel 10 %, 2.5 %, 5 %	
benzoyl peroxide wash external liquid 10 %, 5 %	
panoxyl creamy wash external liquid 4 %	

Nombre del medicamento	
spot acne treatment external cream 2.5 %	
*Antibiotic Mixtures Topical***	
bacitracin-polymyxin b external ointment 500-10000 unit/gm	
first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external 3.5-400-5000 mg-unit	
*Antibiotics - Topical***	
bacitracin external ointment 500 unit/gm	
bacitracin external ointment 500 unit/gm	
*Antifungals - Topical***	
antifungal external cream 1 %	
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	
athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %	
athletes foot spray external aerosol 1 %	
butenafine hcl external cream 1 %	
tolnaftate external powder 1 %	
*Antiseborrheic Combinations***	
dermazinc cream external cream	
*Antivirals - Topical***	
docosanol external cream 10 %	
*Astringents***	
zinc oxide ointment 40 % external 40 %	
*Corticosteroids - Topical***	
anti-itch maximum strength external cream 1 %	
hydrocortisone acetate external cream 1 %	
hydrocortisone acetate external ointment 1 %	
hydrocortisone anti-itch external cream 1 %	
hydrocortisone cream 0.5 % external 0.5 %	
hydrocortisone external lotion 1 %	
hydrocortisone ointment 0.5 % external 0.5 %	
hydrocortisone ointment 1 % external (rx) 1 %	
mg217 psoriasis anit-itch external gel 1 %	
*Emollient Combinations***	
mineral oil-hydrophil petrolat external ointment	
*Emollients***	
ammonium lactate external cream 12 %	

Nombre del medicamento	
ammonium lactate external lotion 12 %	
glycerin external liquid	
hydrolatum external ointment	
lubricating lotion external lotion	
sorbolene external cream	
*Imidazole-Related Antifungals - Topical***	
athletes foot external powder 2 %	
clotrimazole athletes foot external cream 1 %	
clotrimazole external solution 1 %	
miconazole nitrate external cream 2 %	
*Keratolytic/Antimitotic Agents***	
liquid wart remover external liquid 17 %	
*Local Anesthetics - Topical***	
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	
aspercreme lidocaine external patch 4 %	
capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %	
capsaicin hp external cream 0.1 %	
capzasin-p external cream 0.035 %	
lidocaine hcl external cream 4 %	
lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %	
regenecare ha external gel 2 %	
*Misc. Dermatological Products***	
calicylic external cream	
hylatopic plus external lotion	
*Scabicide Combinations***	
lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %	
stop lice maximum strength external liquid 0.33-4 %	
*Scabicides & Pediculicides***	
lice treatment external liquid 1 %	
lice treatment external lotion 1 %	
*Skin Protectants***	
lanolin external cream	
*Soaps***	
anti-bacterial hand external lotion	

Nombre del medicamento	
*Tar Products***	
beta care betatar gel external shampoo 2.5 %	
ionil-t external shampoo 1 %	
therapeutic external shampoo 0.5 %	
x-seb t plus external shampoo 10 %	
*Topical Steroid Combinations***	
hydrocortisone-aloe external cream 0.5 %	
hydrocortisone-aloe external cream 1 %	
DIAGNOSTIC PRODUCTS	
*Diagnostic Tests***	
ketone test strips in vitro strip	
ketone test strips in vitro strip	
*Multiple Urine Tests***	
ketone test strips in vitro strip	
DIETARY PRODUCTS/DIETARY MANAGEMENT PRODUCTS	
*Nutritional Supplements***	
antioxidant formula oral capsule	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.	
*Antiflatulents***	
gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	
simethicone tablet chewable 80 mg oral 80 mg	
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS	
*Urinary Analgesics***	
urinary pain relief tablet 95 mg oral 95 mg	
HEMATOPOIETIC AGENTS	
*Cobalamins***	
b-12 oral tablet 2000 mcg, 2500 mcg	
cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection 1000 mcg/ml	
cyanocobalamin sublingual tablet sublingual 2500 mcg	
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 50 mcg	
vitamin b-12 oral tablet 250 mcg, 500 mcg	
vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg	
vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 2500 mcg, 3000 mcg, 500mcg, 5000 mcg, 6000 mcg	

Nombre del medicamento	
*Folic Acid/Folates***	
folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg	
folic acid oral tablet 400 mcg	
*Iron Combinations***	
iron 100 plus oral tablet 100-250-0.025-1 mg	
*Iron***	
ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg	
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (38 fe) mg	
ferrous sulfate er oral tablet extended release 140 (45 fe) mg	
ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml	
ferrous sulfate oral liquid 220 (44 fe) mg/5ml	
ferrous sulfate oral solution 75 (15 fe) mg/ml	
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg	
ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe)mg	
iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
iron slow release oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
iron high-potency oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
iron oral tablet 28 mg	
iron slow release oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
iron up oral liquid 15 mg/0.5ml	
slow fe oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
slow release iron tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50fe) mg	
slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
spatone pur-absorb iron oral liquid 5 mg/20ml	
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDERAGENTS	
*Antihistamine Hypnotics***	
diphenhydramine hcl (sleep) oral tablet 50 mg	
sleep aid oral tablet 25 mg	
LAXATIVES	
*Bulk Laxatives***	
daily fiber oral packet 58.6 %	
fiber (corn dextrin) oral powder	

Nombre del medicamento	
fiber laxative oral tablet 625 mg	
fiber oral powder 28.3 %	
fiber therapy oral tablet 500 mg	
konsyl daily fiber oral packet 28.3 %	
konsyl daily fiber oral powder 60.3 %	
konsyl-d oral powder 52.3 %	
metamucil multihealth fiber oral powder 63 %	
natural fiber laxative oral powder 30.9 %, 48.57 %	
natural fiber oral powder 58.6 %	
psyllium fiber oral capsule 0.52 gm	
psyllium husk oral powder 100 %	
natural vegetable oral powder 95 %	
soluble fiber therapy oral powder	
*Laxatives - Miscellaneous***	
glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	
sorbitol oral solution 70 %	
*Laxatives & Dss***	
sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg	
*Saline Laxative Mixtures***	
enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml	
fleet enema rectal enema 7-19 gm/118ml	
*Saline Laxatives***	
laxative dietary supplement oral tablet 500 mg	
magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	
milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	
*Stimulant Laxatives***	
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	
bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg	
cascara sagrada oral capsule 450 mg	
castor oil oral oil 100 %	
eql laxative oral tablet chewable 15 mg	
fleet bisacodyl rectal enema 10 mg/30ml	
laxative max str oral tablet 25 mg	
senna laxative oral tablet 8.6 mg	

Nombre del medicamento	
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	
senna oral syrup 176 mg/5ml	
senna smooth oral tablet 15 mg	
*Surfactant Laxatives***	
colace clear oral capsule 50 mg	
docusate calcium oral capsule 240 mg	
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	
docusate sodium oral capsule 100 mg	
docusate sodium oral capsule 250 mg	
docusate sodium oral liquid 150 mg/15ml, 50 mg/5ml	
docusate sodium oral syrup 60 mg/15ml	
docusate sodium oral tablet 100 mg	
docusol plus mini-enema rectal enema 20-283 mg	
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES	
*Applicators,Cotton Balls,Etc***	
alcoh-wipe sheet	
*Condoms - Female***	
female condom	
*Condoms - Male***	
condoms	
condoms	
MINERALS & ELECTROLYTES	
*Calcium Combinations***	
calcium + vitamin d3 oral tablet 600-5 mg-mcg	
calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	
calcium 500 + d3 oral tablet 500-200 mg-unit	
calcium 500/d oral tablet 500-200 mg-unit	
calcium 500+d3 oral tablet 500-400 mg-unit	
calcium 600 + minerals oral tablet 600-200 mg-unit	
calcium 600+d plus minerals oral tablet 600-400 mg-unit	
calcium 600+d3 oral tablet 600-800 mg-unit	
calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit	
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-125 mg-unit	
calcium carbonate-vitamin d oral tablet 500-400 mg-unit	

Nombre del medicamento	
calcium carbonate-vitamin d oral tablet 600-200 mg-unit, 600-400 mg-unit	
calcium carbonate-vitamin d3 oral tablet 600-400 mg-unit	
calcium/c/d oral tablet chewable 500-10-250 mg-mg-unit	
calcium-vitamin d tablet 600-125 mg-unit oral 600-125 mg-unit	
calcium-vitamin d-minerals oral tablet chewable 600-400 mg-unit	
os-cal oral tablet chewable 500-600 mg-unit	
oyster shell calcium/d tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	
*Calcium***	
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	
calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg	
calcium carbonate powder	
calcium citrate oral tablet 200 mg, 250 mg, 950 (200 ca) mg	
calcium oral tablet 600 mg	
oyster shell calcium oral tablet 500 mg	
*Magnesium***	
magnesium oral tablet 400 mg	
magnesium oxide -mg supplement oral capsule 400 mg	
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg	
magnesium oxide oral capsule 500 mg	
magnesium oxide oral powder	
magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 400 (241.3 mg) mg, 500mg	
mag-oxide oral tablet 200 mg	
*Phosphate***	
phosphorus w/sod & potassium oral packet 280-160-250 mg	
*Zinc***	
zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg	
zinc oral tablet 50 mg	
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS	
*Dry Mouth Agents And Artificial Saliva***	
biotene pbf dry mouth mouth/throat gum	
caphosol mouth/throat solution	
neutrasal mouth/throat packet	

Nombre del medicamento	
oral relief for dry mouth mouth/throat gel	
oral relief for dry mouth mouth/throat lozenge	
MULTIVITAMINS	
*B-Complex Vitamins***	
b-complex/b-12 oral tablet	
*B-Complex W/ C & E + Zn***	
stress b-complex/vit c/zinc oral tablet	
stress formula/zinc oral tablet	
*B-Complex W/ C & Folic Acid***	
b-complex balanced oral tablet	
dialyvite 800 oral tablet 0.8 mg	
reno caps oral capsule 1 mg	
*B-Complex W/ C***	
b-complex-c oral tablet	
*B-Complex W/ Folic Acid***	
b complex formula 1 oral tablet	
*B-Complex W/ Minerals***	
apetigen-plus oral tablet	
*B-Complex W/Biotin & Folic Acid***	
balance b-50 oral tablet	
*Multiple Vitamins W/ Iron***	
daily vite multivitamin/iron oral tablet	
*Multiple Vitamins W/ Minerals***	
centrum vitamints oral tablet chewable	
complete multivitamin/mineral oral liquid	
daily vitamin plus oral capsule	
icaps oral capsule	
mega multi for women oral tablet	
mega multi men oral tablet	
multivitamin-minerals oral tablet	
ultra mega oral tablet extended release	
*Multivitamins***	
daily multiple vitamins oral tablet	
dekas essential oral capsule	
dekas essential oral liquid	

Nombre del medicamento	
*Ped Multi Vitamins W/FI & Fe***	
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	
*Ped Multiple Vitamins W/ Minerals & C***	
aquadeks oral liquid	
complete multi-vitamin oral tablet chewable	
*Ped Multiple Vitamins W/ Minerals***	
upspring baby iron-immunity oral liquid	
*Ped Mv W/ Iron***	
childrens vitamins/iron oral tablet chewable 15 mg	
honey bears w/iron-zinc oral tablet chewable 30-200-3	
poly-vi-sol/iron oral solution 11 mg/ml	
*Prenatal Mv & Min W/Fe-Fa***	
prenatal oral tablet 27-0.8 mg	
prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg	
prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg	
prenatal/iron oral tablet	
*Specialty Vitamins Products***	
icaps lutein & zeaxanthin oral tablet delayed release	
*Vitamins W/ Lipotropics***	
b-100 complex oral tablet	
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL	
*Nasal Agents - Misc.***	
ayr saline nasal nasal gel	
saline mist spray nasal solution 0.65 %	
*Nasal Mast Cell Stabilizers***	
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	
*Nasal Steroids***	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	
nasacort allergy 24hr nasal aerosol 55 mcg/act	
*Systemic Decongestants***	
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	
*Topical Decongestants***	
afrin nasal spray nasal solution 0.05 %	

Nombre del medicamento	
NUTRIENTS	
*Misc. Nutritional Substances***	
fish oil adult gummies oral tablet chewable 113.5 mg	
fish oil capsule 500 mg oral 500 mg	
fish oil concentrate capsule 435 mg oral 435 mg	
fish oil oral capsule 645 mg	
fish oil oral capsule delayed release 1200 mg	
fish oil oral tablet chewable 875 mg	
omega-3 fatty acids oral capsule 1000 mg	
omega-3 fish oil capsule 300 mg oral 300 mg	
omega-3 fish oil concentrate oral capsule delayed release 1000 mg	
omega-3 fish oil oral capsule 1200 mg	
fish oil oral capsule 554 mg	
OPHTHALMIC AGENTS	
*Artificial Tear And Lubricant Combinations***	
eye lubricant ophthalmic ointment	
genteal tears severe day/night ophthalmic gel 0.4-0.3 %	
lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %	
systane hydration pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %	
*Artificial Tears And Lubricants***	
artificial tears solution 1.4 % ophthalmic 1.4 %	
lubricant eye drops ophthalmic solution 0.5 %, 0.6 %	
lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %	
moisturizing lubricant eye ophthalmic solution 0.25 %	
*Ophthalmic Antiallergic***	
eye itch relief ophthalmic solution 0.025 %	
*Ophthalmic Decongestant Combinations***	
allergy eye ophthalmic solution 0.025-0.3 %	
eye allergy relief ophthalmic solution 0.027-0.315 %	
*Ophthalmic Hyperosmolar Products***	
muro 128 ophthalmic solution 2 %	
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %	
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %	

Nombre del medicamento	
OTIC AGENTS	
*Otic Agents - Miscellaneous***	
ear wax drops otic solution 6.5 %	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	
*Antimicrobial Agents***	
benzyl alcohol liquid	
*Flavoring Agents***	
vitamin/iron masking agent liquid	
*Oral Vehicles***	
base gelatin gummy troche gel	
cherry concentrate oral syrup	
cola syrup oral syrup	
corn (syrup) oral syrup	
distilled water oral liquid	
good start sterile water oral liquid	
lozibase	
oral mix oral suspension	
oral suspend oral liquid	
oral syrup sf oral syrup	
pcca custom troche base wax	
pcca polyglycol troche powder	
raspberry syrup oral syrup	
simple syrup oral syrup	
sorbitol solution 70 %	
syrspend sf alka oral suspension reconstituted	
troche base sf w/bitter-bloc granules	
trochibase flakes	
trochibase s flakes	
*Pharmaceutical Excipients***	
lactose monohydrate powder	
xanthan gum powder	
*Semi Solid Vehicles***	
1st base external cream	
*Thickening Agents***	
thick now oral powder	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.	
*Smoking Deterrents***	
nicotine polacrilex mouth/throat gum 4 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg	
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	
nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS	
*H-2 Antagonists***	
cimetidine oral tablet 200 mg	
famotidine maximum strength oral tablet 20 mg	
famotidine oral tablet 10 mg	
*Proton Pump Inhibitor-Antacid Combinations***	
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1100 mg	
*Proton Pump Inhibitors***	
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	
omeprazole magnesium oral capsule delayed release 20.6 (20 base) mg	
omeprazole oral tablet delayed release 20 mg	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS	
*Imidazole-Related Antifungals***	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	
clotrimazole vaginal cream 1 %	
miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	
miconazole 7 vaginal cream 2 %	
miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	
monistat 3 vaginal cream 4 %	
monistat 7 combo pack app vaginal kit 100 & 2 mg-% (9gm)	

Nombre del medicamento	
*Spermicides***	
encare vaginal suppository 100 mg	
options gynol ii contraceptive vaginal gel 3 %	
shur-seal contraceptive vaginal gel 2 %	
today sponge vaginal 1000 mg	
vaginal contraceptive vaginal film 28 %	
vaginal contraceptive vaginal foam 12.5 %	
vaginal contraceptive vaginal gel 4 %	
VITAMINS	
*Vitamin B-1***	
b-1 oral tablet 500 mg	
thiamine hcl oral tablet 100 mg	
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	
vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg	
*Vitamin B-3***	
niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg	
niacin er oral tablet extended release 250 mg	
niacin er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	
niacin er tablet extended release 750 mg oral 750 mg	
niacin oral tablet 100 mg	
niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg	
niacin powder	
*Vitamin B-6***	
b-6 oral tablet 500 mg	
pyridoxine hcl oral tablet 25 mg	
pyridoxine hcl oral tablet 50 mg	
vitamin b-6 oral tablet 100 mg	
vitamin b6 oral tablet 250 mg	
*Vitamin C***	
acerola c 500 oral wafer 500 mg	
ascorbic acid oral tablet 1000 mg	
ascorbic acid oral tablet chewable 250 mg	
ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg	
buffered vitamin c oral capsule 1000 mg	
calcium ascorbate oral tablet 500 mg	

Nombre del medicamento	
crush vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	
liquid c 500 oral liquid 500 mg/15ml	
vita-c oral crystals	
vitamin c (calcium ascorbate) oral solution reconstituted	
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	
vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg	
vitamin c gummie oral tablet chewable 120 mg	
vitamin c oral capsule 500 mg	
vitamin c oral liquid 500 mg/5ml	
vitamin c oral tablet 100 mg	
vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg	
vitamin c oral tablet chewable 100 mg	
vitamin c tablet chewable 250 mg oral 250 mg	
vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	
vitamin c-acerola oral tablet 500 mg	
vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	

Vitamin D**

baby ddrops oral liquid 10 mcg/0.03ml	
baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	
cholecalciferol oral liquid 25 mcg/0.03ml	
ddrops oral liquid 50 mcg/0.03ml	
d-vi-sol oral liquid 10 mcg/ml	
ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml	
replesta oral wafer 1.25 mg (50000 ut)	
vitajoy daily d gummies oral tablet chewable 25 mcg (1000 ut)	
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit)	
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet chewable 10 mcg (400 unit)	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	
vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	
vitamin d2 oral tablet 10 mcg (400 unit)	
vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)	
vitamin d3 immune health oral liquid 25 mcg/10ml	
vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)	

Nombre del medicamento	
vitamin d3 oral liquid 125 mcg/ml, 30 mcg/15ml	
vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	
vitamin d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)	
vitamin d3 oral tablet chewable 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d3 oral tablet dispersible 125 mcg (5000 ut)	
vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	
vitamin d3 ultra potency oral tablet 1.25 mg (50000 ut)	
*Vitamin E***	
e600 oral capsule 600 unit	
vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit	
vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit	
vitamin e oral capsule 100 unit	
vitamin e oral tablet chewable 400 unit	
vitamin supplement e-400 oral capsule 400 unit	

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad ni sexo. Aetna no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Aetna hace lo siguiente:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - intérpretes de lengua de señas calificados
 - información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Brinda servicios de idiomas gratuitos a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - intérpretes calificados
 - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono que figura en este material.

Si considera que Aetna no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra manera por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante: Aetna Medicare Grievance Department, P.O. Box 14067, Lexington, KY 40512. También puede presentar una queja por teléfono llamando al número de teléfono que figura en este material. Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono que figura en este material. También puede presentar un reclamo de derecho civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos por vía electrónica a través del portal de reclamos de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>; o bien, puede hacerlo por correo o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Los formularios de reclamos están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. También puede comunicarse con el coordinador de derechos civiles de Aetna por teléfono al 1-855-348-1369, por correo electrónico a MedicareCRCordinator@aetna.com, o por escrito a Aetna Medicare Grievance Department, ATTN: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 14067 Lexington, KY 40512.

Aetna es la marca que se utiliza para los productos y servicios proporcionados por uno o más de los grupos de compañías subsidiarias de Aetna, incluidos los planes Aetna Life Insurance Company y sus filiales (Aetna).

TTY: 711

If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website or call the phone number on your member identification card. (English)

Si habla un idioma que no sea inglés, se encuentran disponibles servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web o llame al número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro. (Spanish)

如果您使用英文以外的語言，我們將提供免費的語言協助服務。請瀏覽我們的網站或撥打您會員卡上的電話號碼。(Traditional Chinese)

영어가 아닌 언어를 쓰시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 저희 웹사이트를 방문하시거나 귀하의 ID 카드에 기재되어 있는 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

Caso você seja falante de um idioma diferente do inglês, serviços gratuitos de assistência a idiomas estão disponíveis. Acesse nosso site ou ligue para o número de telefone presente em seu cartão de identificação de membros. (Portuguese)

જો તમે અંગ્રેજી સિવાયની ભાષા બોલતા હો તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. અમારી વેબસાઇટની મુલાકાત લો અથવા તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડ પરના ફોન નંબર પર કોલ કરો. (Gujarati)

Jeżeli nie posługuja się Państwo językiem angielskim, dostępne są bezpłatne usługi wsparcia językowego. Proszę odwiedzić naszą witrynę lub zadzwonić pod numer podany na Państwa karcie członkowskiej. (Polish)

Nel caso Lei parlasse una lingua diversa dall'inglese, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Visiti il nostro sito web oppure chiami il numero di telefono presente sul Suo tesserino identificativo. (Italian)

إذا كنت تتحدث لغة غير الإنجليزية، فإن خدمات المساعدة اللغوية المجانية متاحة. نفضل بزيارة موقعنا على الويب أو اتصل برقم الهاتف الموضح على بطاقة هوية العضو الخاصة بك. (Arabic)

Kung hindi Ingles ang wikang inyong sinasalita, may maaari kayong kuning mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Bisitahin ang aming website o tawagan ang numero ng telepono na nasa inyong identification card bilang miyembro. (Tagalog)

Если вы не владеете английским и говорите на другом языке, вам могут предоставить бесплатную языковую помощь. Посетите наш веб-сайт или позвоните по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке участника плана. (Russian)

Si ou pale yon lòt lang ki pa Anglè, wap jwenn sèvis asistans pou lang gratis ki disponib. Vizite sitwèb nou an oswa rele nan nimewo telefòn ki sou kat idantifikasyon manm ou an. (Haitian Creole)

अगर आप अंग्रेजी के अलावा कोई अन्य भाषा बोलते हैं, तो मुफ्त भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। हमारी वेबसाइट पर जाएं या अपने सदस्य पहचान कार्ड पर दिए गए फोन नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Nếu quý vị nói một ngôn ngữ khác với Tiếng Anh, chúng tôi có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Xin vào trang mạng của chúng tôi hoặc gọi số điện thoại trên thẻ hội viên của quý vị. (Vietnamese)

Si vous parlez une autre langue que l'anglais, des services d'assistance linguistique gratuits vous sont proposés. Visitez notre site Internet ou appelez le numéro figurant sur votre carte d'identification de membre. (French)

اگر آپ انگریزی کے علاوہ دوسری زبان بولتے ہیں تو، زبان سے متعلق مدد کی مفت خدمات دستیاب ہیں۔ ہماری ویب سائٹ ملاحظہ کریں یا اپنے ممبر کے شناختی کارڈ پر درج فون نمبر پر کال کریں۔ (Urdu)

Este formulario se actualizó el 12/01/2021. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934** o para **usuarios de TTY: 711**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana, o bien visite AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary

Contrato/PBP: H6399-001



AetnaBetterHealth.com/new-jersey-hmosnp/drug-formulary