



Select Health Medicare | 2025

Formulario Essential

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 03/01/2025 .

Para obtener información más reciente o formular otras preguntas, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de Select Health llamando al **855-442-9900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), durante las siguientes fechas y horas:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

Días hábiles de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingos cerrado.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil, o visite selecthealth.org/medicare.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Select Health Medicare

Lista de medicamentos recetados disponibles

Essential 2025

Lista de medicamentos cubiertos

**POR FAVOR LEER: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS
MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN ESTE PLAN**

Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO y SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de atender a los miembros del Plan, excepto en situaciones de emergencia. Llame a nuestro número de atención al cliente o consulte su Prueba de Cobertura para obtener más información, incluido el costo compartido que se aplica a los servicios fuera de la red.

La red de farmacias de Health Medicare + Kroger incluye farmacias preferidas de menor costo limitadas del condado de Bonneville en Idaho. Es posible que los costos más bajos promocionados en los materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al **800-442-9900 (TTY 711)** o consulte el directorio de farmacias en línea, en **selecthealth.org/medicare/pharmacy**.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25015 17

Servicios de interpretación en varios idiomas

1-855-442-9900 (TTY:711)

Select Health respeta las leyes federales de derechos civiles. No le tratamos de forma diferente por su raza, color, origen étnico o procedencia, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género, y/o condición de veterano. Esta información está disponible sin costo en otros idiomas y en formatos alternativos si lo solicita a Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-855-442-9900**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-855-442-9900**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 **1-855-442-9900**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 **1-855-442-9900**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-855-442-9900**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch, viên xin gọi **1-855-442-9900** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpfad. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-855-442-9900**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-855-442-9900** पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-855-442-9900**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-855-442-9900**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-855-442-9900**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-855-442-9900**. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-855-442-9900** にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Formulario CMS-10802 (Vence 12/31/2025)

Aprobación OMB 0938-1421

© 2024 Select Health. Todos los derechos reservados. 3360954

07/24

Y0165_3360954_C

Nota para los miembros existentes: Esta lista de medicamentos recetados disponibles cambió desde el año pasado. Revise este documento para asegurarse de que todavía contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta lista de medicamentos (lista de medicamentos recetados disponibles) se refiere a "nosotros", "nos" o "nuestro", significa Select Health. Cuando se refiere a "plan" o "nuestro plan", significa Select Health Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos recetados disponibles) para nuestro plan **que se encuentra vigente desde el March 1, 2025** . Por favor, contáctenos para obtener una lista de medicamentos recetados disponibles actualizada. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos recetados disponibles se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Debe utilizar las farmacias de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la lista de medicamentos recetados disponibles, las farmacias de la red y copagos/coseguro pueden modificarse a partir del 1 de enero de 2025, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es la Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?

En este documento usamos los términos Lista de medicamentos y Lista de medicamentos recetados disponibles para significar lo mismo. Una lista de medicamentos recetados disponibles, es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Select Health con el asesoramiento de un equipo de proveedores de atención médica, que representa las terapias recetadas que se consideran una parte necesaria para un programa de tratamiento de calidad. Por lo general, Select Health cubrirá los medicamentos enumerados en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles siempre y cuando el medicamento sea médicamente necesario, una farmacia de la red de Select Health Medicare surtirá la receta, y se siguen otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo surtir sus recetas, revise su *Evidencia de cobertura*.

¿Se puede cambiar la Lista de medicamentos recetados disponibles (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de medicamentos ocurre el 1 de enero, pero podemos agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a un nivel de costo compartido diferente o agregar restricciones nuevas. Debemos seguir las normas de Medicare al realizar estos cambios. Las actualizaciones del formulario se publican mensualmente en nuestro sitio web: selecthealth.org/medicare/pharmacy.

Cambios que le pueden afectar este año: en los siguientes casos, se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año actual:

- > **Sustituciones inmediatas de determinadas versiones nuevas de medicamentos de marca y productos biológicos originales.** Podremos quitar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con cierta versión nueva de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o menor, y con las mismas o menos restricciones. Cuando añadimos una nueva versión de un medicamento a nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, pero pasarlo inmediatamente a un nivel diferente de costo compartido o añadir nuevas restricciones. Sólo podemos hacer estos cambios inmediatos si estamos añadiendo una nueva versión genérica de un medicamento de marca, o añadiendo ciertas nuevas versiones biosimilares de un producto biológico original, que ya estaba en la Lista de medicamentos recetados disponibles (por ejemplo, añadiendo un biosimilar intercambiable que puede ser sustituido por un producto biológico original por una farmacia sin una nueva receta). Si actualmente está tomando el medicamento de marca o un producto biológico original, es posible que no le comuniquemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le proporcionaremos la información sobre los cambios específicos que hicimos. Si hacemos dicho cambio, usted o su proveedor nos pueden solicitar hacer una excepción y seguir cubriendo para usted el medicamento que se ha cambiado. Para más información, consulte el apartado “*¿Cómo solicito una excepción a la Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?*”. Algunos de estos tipos de medicamentos pueden ser nuevos para usted. Para más información, consulte la sección titulada “*¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?*”

- > **Medicamentos retirados del mercado.** Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina su retirada por motivos de seguridad o eficacia, podemos retirar inmediatamente el medicamento de nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles y avisar posteriormente a los miembros que lo toman.
- > **Otros cambios.** Es posible que hagamos otros cambios que afectan a los miembros que actualmente están tomando un medicamento. Por ejemplo, podemos eliminar un medicamento de marca de la Lista de medicamentos recetados disponibles al añadir un equivalente genérico o eliminar un producto biológico original al añadir un biosimilar. También podemos agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o producto biológico original, o pasarlo a otro nivel de costos compartidos, o ambas opciones. Podemos hacer cambios según las nuevas pautas clínicas. Si eliminamos medicamentos de nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones a la terapia escalonada de un medicamento, o movemos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificar el cambio a los miembros afectados al menos **30 días** antes de que el cambio entre en vigor. Alternativamente, cuando un miembro solicita una reposición del medicamento, puede recibir un suministro para 60 días del medicamento y la notificación del cambio.

Si hacemos estos otros cambios, usted o su proveedor nos puede solicitar hacer una excepción para usted y seguir cubriendo el medicamento que ha estado tomando. La notificación que le proporcionamos también incluirá la información sobre cómo solicitar una excepción, y también puede encontrar información en la siguiente sección llamada "*¿Cómo solicito una excepción para la Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?*"

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. Por lo general, si está tomando un medicamento de nuestra lista de medicamentos recetados disponibles 2025 que estaba cubierto al comienzo del año, no descontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2025, excepto como se describió anteriormente. Esto significa que estos medicamentos estarán disponibles en el mismo nivel de costo compartido y sin restricciones nuevas para aquellos miembros que los toman durante el resto del año de cobertura. Usted no recibirá una notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, los cambios le afectarán y es

importante revisar la Lista de medicamentos del año nuevo para ver cualquier cambio en los medicamentos.

La lista de medicamentos recetados disponibles adjunta se encuentra vigente desde el 03/01/2025 . Por favor, contáctenos para obtener la información actualizada sobre los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Nuestra información de contacto se encuentra en las páginas de portada y contraportada. En caso de cambios a mediados de año que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, Select Health puede hacer cambios a través de hojas de erratas que se le envían por correo. Además, puede visitar selecthealth.org/medicare para obtener un enlace a la hoja de erratas.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos recetados disponibles?

Hay dos maneras para encontrar su medicamento dentro de la lista de medicamentos recetados disponibles:

Condición médica

La lista de medicamentos recetados disponibles comienza en la **página 1**. Los medicamentos incluidos en esta lista de medicamentos recetados disponibles se agrupan en categorías según el tipo de condiciones médicas para los que se usan para tratar. Por ejemplo, los medicamentos que se usan para tratar una afección cardíaca se enumeran en la categoría Medicamentos cardiovasculares/Agentes hipotensores. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la **página 1** . Luego busque en el nombre de la categoría de su medicamento.

Orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 121** . El Índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Select Health Medicare cubre tanto los medicamentos de marca como los medicamentos genéricos. Un medicamento genérico es aprobado por la FDA porque tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Por lo general, los medicamentos genéricos funcionan igual de bien y suelen costar menos que los de marca. Hay sustitutos de medicamentos genéricos disponibles para muchos medicamentos de marca. Los medicamentos genéricos suelen poder sustituirse por el medicamento de marca en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, dependiendo de las leyes estatales.

¿Qué son los productos biológicos originales y qué relación guardan con los biosimilares?

En la Lista de medicamentos recetados disponibles, cuando nos referimos a medicamentos, puede tratarse de un medicamento o de un producto biológico. Los productos biológicos son medicamentos más complejos que los fármacos típicos. Dado que los productos biológicos son más complejos que los medicamentos típicos, en lugar de tener una forma genérica, tienen alternativas que se denominan biosimilares. Por lo general, los biosimilares funcionan igual de bien como los productos biológicos originales y pueden costar menos. Existen alternativas biosimilares para algunos productos biológicos originales. Algunos biosimilares son biosimilares intercambiables y, dependiendo de las leyes estatales, pueden ser sustituidos por el producto biológico original en la farmacia sin necesidad de una nueva receta, al igual que los medicamentos genéricos pueden ser sustituidos por medicamentos de marca.

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 1.3, «La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos».

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos o límites adicionales en la cobertura. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- > **Autorización previa:** Select Health requiere que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted necesitará obtener aprobación de Select Health antes de surtir sus medicamentos. Si no obtiene la aprobación, puede ser que Select Health no cubra el medicamento.

- > **Límites de cantidad** Para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que Select Health cubrirá. Por ejemplo, Select Health proporciona 60 pastillas por receta de lovastatin. Esto puede ser adicional a un suministro estándar de uno o tres meses.
- > **Terapia escalonada:** En algunos casos, Select Health requiere que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su condición médica, puede ser que Select Health no cubra el medicamento B a menos que trate primero con el medicamento A. Si el medicamento A no le funciona, Select Health cubrirá entonces el medicamento B.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales buscando en la lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1**. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a ciertos medicamentos cubiertos, visitando nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestra autorización previa y los pasos para las restricciones de terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos recetados disponibles se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Puede solicitar a Select Health que haga una excepción a estas restricciones o límites, o solicitar una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Vea la sección: "*¿Cómo solicito una excepción para la Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health?*" en la **página vi** para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué son los medicamentos de venta sin receta (OTC)?

Los medicamentos OTC son medicamentos de venta libre cubiertos normalmente en un Plan de Medicamentos de Receta de Medicare. Select Health paga determinados medicamentos de venta libre a través de su tarjeta Mastercard Select Health Medicare de Beneficios Flexibles. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para más detalles sobre su cobertura de medicamentos de venta libre. El costo para Select Health de estos medicamentos de venta libre no se tendrá en cuenta para el total de sus costos de medicamentos de la Parte D.

¿Qué sucede si mi medicamento no está en la Lista de medicamentos recetados disponibles?

Si su medicamento no está incluido en esta lista de medicamentos recetados disponibles (lista de medicamentos cubiertos), debe llamar primero a Servicios para miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si encuentra que Select Health Medicare no cubre su medicamento, tiene dos opciones:

- > Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que Select Health Medicare cubra. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que Select Health Medicare cubra.
- > Puede solicitar a Select Health que haga una excepción y cubra su medicamento. Vea a continuación la información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito una excepción para la Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare?

Puede solicitar a Select Health que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos que hagamos.

- > Puede solicitarnos que cubramos un medicamento incluso si no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y no podría solicitarnos que proporcionemos el medicamento a un nivel de costo compartido más bajo.
- > Puede pedirnos que renunciemos a una restricción de cobertura, incluidas las autorizaciones previas, la terapia escalonada o los límites de cantidad de su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, nos puede solicitar que otorguemos una exención al límite y cubrir una cantidad mayor.

Por lo general, Select Health solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, el medicamento de costo compartido más bajo o la aplicación de las restricciones no serían tan eficaces para usted y le provocaría efectos médicos adversos.

Usted o el profesional que receta deben ponerse en contacto con nosotros para solicitarnos una excepción de nivel o de Lista de medicamentos recetados disponibles, incluida una excepción a una restricción de cobertura. **Cuando pida una excepción, su recetador necesitará explicar las razones médicas por las que necesita la excepción.** En general, debemos tomar una decisión dentro de las **72 horas** siguientes a recibir la declaración de su profesional que receta que apoya su solicitud. Puede pedir una decisión expedita (rápida) si usted cree, y nosotros coincidimos, que su salud se podría ver gravemente perjudicada esperando hasta **72 horas** para una decisión. Si estamos de acuerdo, o si el profesional que receta solicita una decisión rápida, debemos comunicársela a más tardar **24 horas** después de recibir la declaración justificativa de su recetador.

¿Qué puedo hacer si mi medicamento no está en la Lista de medicamentos recetados disponibles o tiene una restricción?

Como un miembro nuevo o permanente en nuestro plan puede estar tomando medicamentos que no se encuentran en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestra Lista de medicamentos recetados disponibles, pero tiene una restricción de cobertura, como una autorización previa. Debe hablar con el profesional que receta sobre la posibilidad de solicitar una decisión de cobertura para demostrar que cumple los criterios de aprobación, cambiar a un medicamento alternativo que cubramos o solicitar una excepción a la Lista de medicamentos recetados disponibles para que cubramos el medicamento que toma. Mientras usted y su médico determinan el mejor procedimiento para usted, podemos cubrir su medicamento en ciertos casos durante los primeros **90 días** que sea miembro de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no se encuentren en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si tienen una restricción de cobertura, cubriremos un suministro temporal de **30 días**. Si le dieron la receta por menos días, permitiremos surtidos para ofrecerle hasta un máximo de **30 días** de suministro del medicamento. Si la cobertura no es aprobada, después de sus primeros **30 días** de suministro, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan por menos de **90 días**.

Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero pasaron los primeros 90 días de su membresía en

nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de ese medicamento mientras pide una excepción a la lista de medicamentos recetados disponible.

Si usted experimenta un cambio en el nivel de atención, tal como un traslado de un hospital a un ambiente de casa, y necesita un medicamento que no está en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si se limita su capacidad para obtener sus medicamentos, cubriremos un suministro temporal de una sola vez de su medicamento hasta por **30 días** (o 31 días si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo) cuando usa una farmacia de la red. Durante este período, debe usar el proceso de excepción del plan si desea tener cobertura continua para el medicamento después de que se acabe el suministro temporal.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre su cobertura de medicamentos recetados de Select Health Medicare, revise su *Evidencia de cobertura* y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Select Health, por favor llámenos. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización de la lista de medicamentos recetados disponibles se encuentra en las páginas de portada y contraportada.

Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al **1-800-MEDICARE** (1-800-633-4227), 24 horas al día, los 7 días a la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-877-486-2048**. O visite <http://www.medicare.gov>.

Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare

La lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1** proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 21**.

La primera columna del cuadro enumera el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en mayúsculas (por ejemplo, ADVAIR) y los medicamentos genéricos se enumeran en minúsculas e itálicas (por ejemplo, *simvastatin*).

La segunda columna del cuadro enumera el nivel del medicamento. La columna de nivel del medicamento le indica el tipo de copago o coseguro del que será responsable en la farmacia.

La información en la columna de **Requisitos/Límites** le indica si Select Health tiene algún requisito especial de cobertura para su medicamento.

- AP:** Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de que surta sus recetas.
- LC:** Limitamos la cantidad del medicamento cubierto en un período de tiempo específico.
- TH:** Requerimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica.
- LA:** Este medicamento requiere una manipulación especial o tiene requisitos especiales de dispensación. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, o llame a Servicios para Miembros al número gratuito **855-442-9900**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- NM:** Este medicamento no está disponible a través de nuestra farmacia de pedido por correo.
- HI:** Este medicamento recetado está cubierta bajo nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **855-442-9900**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- BvsD:** Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o Parte D del beneficio de Medicare.

Consulte su *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre cuánto pagará por sus medicamentos recetados. En las siguientes tablas se indica el monto del deducible anual y la cantidad de copago/coseguro para los medicamentos en cada nivel por área del servicio/nombre del plan.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
ANTHELMINTICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	2	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
ANTIBACTERIALS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	IH
AMOXICILL-CLARITHRO- LANSOPRAZ --500 & 500 & 30 MG THER PACK	3	LC (122 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>amoxicillin 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate -200-28.5 mg/5ml, -400-57 mg/5ml, -600-42.9 mg/5ml</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate amoxicillin-pot clavulanate 400-57 mg chew tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 250-62.5 mg/5ml recon susp, amoxicillin-pot clavulanate 500-125 mg tab, amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg tab</i>	2	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	2	
AMPICILLIN SODIUM AMPICILLIN SODIUM 1 GM RECON SOLN, AMPICILLIN SODIUM 10 GM RECON SOLN, AMPICILLIN SODIUM 125 MG RECON SOLN	2	IH
<i>ampicillin-sulbactam sodium -1.5 (1-0.5) gm soln, -3 (2-1) gm soln, -15 (10-5) gm soln</i>	2	IH
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	LC (252 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>azithromycin 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>azithromycin 250 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>azithromycin 500 mg tab, 600 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>aztreonam 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN C-R -1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN C-R 900/300 -900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN L-A -600000 UNIT/MSUSP PRSYR, -1200000 UNIT/2MSUSP PRSYR, -2400000 UNIT/4MSUSP PRSYR	4	BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	AP, LC (280 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
CEFACLOR 250 MG CAP, 500 MG CAP	2	NM (No-Mantenimiento)
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefadroxil cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefazolin sodium 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefdinir 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefepime hcl 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cefixime 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefixime 400 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>cefoxitin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefopodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefprozil 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ceftazidime 1 gm soln, 2 gm soln, 6 gm soln</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>ceftriaxone sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm soln, 750 mg soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cephalexin 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cephalexin 250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin in d5w ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>clarithromycin clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DALVANCE 500 MG RECON SOLN	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>daptomycin 500 mg recon soln</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>daptomycin 350 mg recon soln, aptomycin 350 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
DIFICID 200 MG TAB	5	TE, LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	TE, LC (136 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	4	IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>erythrocin lactobionate erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin base 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin base erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>	2	
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
GENTAMICIN IN SALINE GENTAMICIN IN SALINE 0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>imipenem-cilastatin imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>levofloxacin in d5w in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>meropenem 1 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>minocycline hcl 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
MOXIFLOXACIN HCL IN NACL 400 MG/250ML SOLUTION	3	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>naftillin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
NUZYRA 100 MG RECON SOLN	4	LC (15 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
NUZYRA 150 MG TAB	4	LC (30 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ofloxacin ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	2	IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>penicillin v potassium penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>piperacillin sod-tazobactam so -13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>piperacillin sod-tazobactam so -3-0.375 gm ln, -40.5 (36-4.5) gm ln, -2.25 (2-0.25) gm ln, -3.375 (3-0.375) gm ln, -4-0.5 gm ln, -4.5 (4-0.5) gm ln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), IH, NM (No-Mantenimiento)
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -200-40 mg/5ml suspension, -800-160 mg/20ml suspension</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -400-80 mg tab, -800-160 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
TEFLARO 400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	2	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	AP, BVD (inhalación), NM (No-Mantenimiento)
<i>tobramycin sulfate tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln, 750 mg soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl 125 mg cap, 250 mg cap</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>vancomycin hcl 50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
XIFAXAN 200 MG TAB	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
XIFAXAN 550 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

ANTIFUNGALS

AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	4	IH
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	4	IH
<i>caspofungin acetate 50 mg soln, 70 mg soln</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole in sodium chloride in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension, 500 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	3	LC (126 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>micafungin sodium 50 mg soln, 100 mg soln</i>	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, NM (No-Mantenimiento)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
VIVJOA 150 MG CAP THPK	4	AP, LC (21 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	3	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
ANTIMYCOBACTERIALS		
<i>dapsone 25 mg tab, 100 mg tab</i>	3	
<i>ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
PRETOMANID 200 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PRIFTIN 150 MG TAB	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>rifampin 150 mg cap, 300 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 100 MG TAB	5	AP, LC (188 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 20 MG TAB	5	AP, LC (940 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
TRECTOR 250 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento)
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>atovaquone-proguanil hcl -62.5-25 mg tab, -250-100 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
COARTEM 20-120 MG TAB	4	LC (24 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
IMPAVIDO 50 MG CAP	4	AP, LC (84 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
KRINTAFEL 150 MG TAB	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
LAMPIT 30 MG TAB, 120 MG TAB	4	AP, NM (No-Mantenimiento)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (5 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole 250 mg tab, 375 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	2	IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento)
<i>nitazoxanide nitazoxanide 500 mg tab, nitazoxanide 500 mg tab</i>	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	AP, IH, BVD (inhalación), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>primaquine phosphate primaquine phosphate 26.3 base) mg tab, primaquine phosphate 26.3 base) mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

ANTIVIRALS

<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	4	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	4	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>abacavir sulfate-lamivudine -600-300 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	2	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	2	IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
APTIVUS 250 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM (No-Mantenimiento)
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	5	NM (No-Mantenimiento)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DESCOVY 120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DOVATO 50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
EDURANT 25 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df --600-200-300 mg</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir --400-300-300 mg tab, --600-300-300 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>emtricitabine-tenofovir df -100-150 mg tab, -133-200 mg tab, -167-250 mg tab, -200-300 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>etravirine 100 mg tab, 200 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
FUZEON 90 MG RECON SOLN	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	4	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS 400 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
JULUCA 50-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>lamivudine 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>lamivudine-zidovudine -150-300 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR -90-400 MG TAB	5	AP, LC (168 cada 365 OVER TIME)
LIVTENCITY 200 MG TAB	5	AP, LC (336 cada 28 dia(s))
<i>lopinavir-ritonavir -100-25 mg tab</i>	4	LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>lopinavir-ritonavir -200-50 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>lopinavir-ritonavir -400-100 mg/5ml solution</i>	4	LC (390 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	AP, LC (140 cada 28 dia(s))
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (1200 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
NORVIR 100 MG PACKET	4	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PIFELTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PREVYMIS 240 MG TAB, 480 MG TAB	5	AP, LC (100 cada 365 OVER TIME)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
PREZISTA 75 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	4	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	LC (60 cada 30 dia(s))
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR -400-100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TIVICAY 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TYBOST 150 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab, 500 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
VEMLIDY 25 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIRACEPT 250 MG TAB, 625 MG TAB	5	NM (No-Mantenimiento)
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM (No-Mantenimiento)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
zidovudine 50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab	4	NM (No-Mantenimiento)

URINARY ANTI-INFECTIVES

fosfomycin tromethamine 3 gm packet	3	NM (No-Mantenimiento)
methenamine hippurate 1 gm tab	3	NM (No-Mantenimiento)
nitrofurantoin 25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension	3	AP, NM (No-Mantenimiento)
nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap	3	NM (No-Mantenimiento)
nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap	3	NM (No-Mantenimiento)
polymyxin b-trimethoprim -10000-0.1 unit/ml-% solution	2	
trimethoprim trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab	2	NM (No-Mantenimiento)

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS

FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
cyproheptadine hcl 4 mg tab	3	LC (450 cada 30 dia(s))
promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos	3	
promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab	2	BVD (ORAL ANTIEMETICS)
PROMETHEGAN PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25 MG SUPPOS	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

AGENTES ANTINEOPLASTICOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
AKEEGA 50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ALECENSA 150 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 180 OVER TIME)
ALUNBRIG 90 MG TAB, 180 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 160 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 40 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BALVERSA 3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	AP
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 50 MG CAP	5	AP, LC (210 cada 30 dia(s))
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 80 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CALQUENCE 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
CAPRELSA 100 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	AP
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	AP
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	AP
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
COTELLIC 20 MG TAB	5	AP, AL, LC (63 cada 28 dia(s))
CYCLOPHOSPHAMIDE CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB	2	AP, BVD (Inmunosupresor/quimioterapia oral)
DANZITEN 71 MG TAB, 95 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>dasatinib 100 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dasatinib 20 mg tab, 50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 140 mg tab</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
DAURISMO 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
DAURISMO 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 240 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 60 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 100 mg tab, 150 mg tab</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>everolimus 2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 dia(s))
GAVRETO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GLEOSTINE 10 MG CAP	4	AP, LC (26 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 100 MG CAP	5	AP, LC (3 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 40 MG CAP	5	AP, LC (7 cada 42 OVER TIME)
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	
IBRANCE 75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA 50 MG TAB, 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (216 cada 30 dia(s))
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
INLYTA 1 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
INLYTA 5 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INQOVI 35-100 MG TAB	5	AP, LC (5 cada 28 OVER TIME)
INREBIC 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ITOVEBI 3 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ITOVEBI 9 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IWILFIN 192 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
JAKAFI 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (91 cada 28 dia(s))
KOSELUGO 10 MG CAP, 25 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
KRAZATI 200 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap</i>	5	AP, AL, LC (28 cada 28 dia(s))
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	5	AP, LC (80 cada 28 dia(s))
LORBRENA 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
LORBRENA 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LYSODREN 500 MG TAB	3	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
MATULANE 50 MG CAP	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	AP, LC (1200 cada 30 dia(s))
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
MEKINIST 2 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
MEKTOVI 15 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methotrexate sodium (pf) methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution</i>	2	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible)
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	2	BVD (Quimioterapia Oral)
METHOTREXATE SODIUM 50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION	2	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible)
NERLYNX 40 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	
NINLARO 2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
NUBEQA 300 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ODOMZO 200 MG CAP	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 50 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
OJEMDA 100 MG TAB	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME)
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	AP, LC (96 cada 28 OVER TIME)
OJJAARA 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (14 cada 28 OVER TIME)
ORSERDU 345 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORSERDU 86 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5	AP
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	5	AP
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
POMALYST 1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
QINLOCK 50 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RASUVO RSUVO 10 MG/0.2ML SOLN -INJ	3	TE, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 15 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 20 MG/0.4ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.6 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 25 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	TE, LC (2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 30 MG/0.6ML SOLN -INJ	3	TE, LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN -INJ	3	TE, LC (0.6 cada 28 OVER TIME)
RETEVMO 120 MG TAB, 160 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
RETEVMO 40 MG CAP, 40 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
RETEVMO 80 MG CAP, 80 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
REVLIMID 2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP	5	AP, AL, LC (28 cada 28 dia(s))
REVUFORJ 110 MG TAB, 160 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
RUBRACA 200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
RYDAPT 25 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 100 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 40 MG TAB	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
STIVARGA 40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 21 dia(s))
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>sunitinib malate 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAGRISSE 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
TASIGNA 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TASIGNA 50 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAZVERIK 200 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
TEPMETKO 225 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
TIBSOVO 250 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>torpenz 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	LC (360 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TREXALL 5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB	3	BVD (Quimioterapia Oral)
TRUQAP 160 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (64 cada 28 OVER TIME)
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TURALIO 125 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
VIJOICE 50 MG PACKET	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIJOICE 50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
VITRAKVI 100 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 25 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIZIMPRO 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VONJO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VORANIGO 10 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VORANIGO 40 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WELIREG 40 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XALKORI 20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XOSPATA 40 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (32 cada 28 OVER TIME)
XTANDI 40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZEJULA 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ZELBORAF 240 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ZOLINZA 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZYKADIA 150 MG TAB	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))

ANTITOXINAS, INMUNOGLOBULINAS, TOXOIDES Y VACUNAS

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
GAMMAGARD 1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAMMAGARD S/D LESS IGA 5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN	5	AP, BVD (IVIG)
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
GAMMAPLEX 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
GAMUNEX-C -1 GM/10ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
OCTAGAM 1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
PRIVIGEN 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG)
TOXOIDS		
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 -MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 -MCG/0.5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)
PEDIARIX SUSP PRSYR	3	BVD (Vacuna-Tétanos)
PENTACEL RECON SUSP	3	BVD (Vacuna-Tétanos)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
QUADRACEL SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos)
TENIVAC 5-2 LFU INJECTABLE	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)

VACCINES

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
ACTHIB RECON SOLN	3	
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
BEXSERO SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
ENGRIX-B -10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, -20 MCG/ML SUSP PRSYR, -20 MCG/ML SUSPENSION	3	AP, BVD (Vacuna - HEP B), \$0 (PREVENTIVE)
GARDASIL 9 9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
HAVRIX 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	AP, BVD (Vacuna - HEP B), \$0 (PREVENTIVE)
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
IPOLE INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)
IXCHIQ RECON SOLN	3	AP, \$0 (PREVENTIVE)
IXIARO SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
M-M-R II -- ECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENACTRA SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENQUADFI SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MENVEO RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENVEO SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	3	
PENBRAYA RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PRIORIX RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PROQUAD RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
RABAVERT RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION	3	AP, BVD (Vacuna - HEP B), \$0 (PREVENTIVE)
ROTARIX SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
ROTATEQ SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TRUMENBA SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	3	AP, BVD (Vacuna - HEP B), \$0 (PREVENTIVE)
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (Preventive)
VAXCHORA RECON SUSP	3	AP, \$0 (PREVENTIVE)
YF-VAX - INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DROGAS AUTÓNOMAS		
ANTICHOLINERGIC AGENTS		
ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	4	
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	4	TE, LC (10.7 cada 30 dia(s))
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (10.7 cada 30 dia(s))
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (8 cada 30 dia(s))
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>diphenoxylate-atropine -2.5-0.025 mg tab</i>	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE -2.5- 0.025 MG/5ML LIQUID	2	
<i>glycopyrrolate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	3	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	2	AP, BVD (inhalación)
<i>ipratropium-albuterol -0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	2	AP, BVD (inhalación)
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>	2	
<i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>	2	
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))

AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS

NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	3	LC (106 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)

PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS

<i>bethanechol chloride 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	3	
<i>donepezil hcl 5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide 4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab</i>	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	3	
<i>galantamine hydrobromide er er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er</i>	3	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	3	
<i>rivastigmine 4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	2	
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	
<i>metaxalone 400 mg tab, 800 mg tab</i>	3	
<i>methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	
SOHONOS 1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SOHONOS 10 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOHONOS 5 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>tizanidine hcl 2 mg cap</i>	2	TE, LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 2 mg tab</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg cap</i>	2	TE, LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg tab</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 6 mg cap</i>	2	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	3	AP
<i>dutasteride-tamsulosin hcl -0.5-0.4 mg cap</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
<i>silodosin 4 mg cap, 8 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln</i>	2	AP, BVD (inhalación)
<i>albuterol sulfate 2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab</i>	2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	2	LC (17 cada 30 OVER TIME)
ALBUTEROL SULFATE HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	2	LC (36 cada 30 OVER TIME)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación)
AUVI-Q UVI-0.1 MG/0.1ML SOLN -INJ	3	
AUVI-Q UVI-0.15 MG/0.15ML SOLN -INJ, UVI-0.3 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>breyna 80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>budesonide-formoterol fumarate -80-4.5 mcg/act, -160-4.5 mcg/act</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>droxidopa 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
EPINEPHRINE 0.15 MG/0.15ML SOLN -INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln</i>	3	
<i>fluticasone-salmeterol -100-50 mcg/act, -250-50 mcg/act, -500-50 mcg/act</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL -45-21 MCG/ACT AEROSOL, -115-21 MCG/ACT AEROSOL, -230-21 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (12 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FLUTICASONE-SALMETEROL -55-14 MCG/ACT AER POW BA, -113-14 MCG/ACT AER POW BA, -232-14 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación)
<i>levalbuterol hcl 0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln</i>	2	AP, BVD (inhalación)
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	
<i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (36 cada 30 dia(s))
<i>wixela inhub 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))

AGENTES DE FORMACIÓN DE SANGRE, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS

ANTIHEMORRHAGIC AGENTS

<i>tranexamic acid 650 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
-----------------------------------	---	------------------------

ANTITHROMBOTIC AGENTS

<i>anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
CABLIVI 11 MG KIT	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s))
<i>cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dabigatran etexilate mesylate 75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ELIQUIS 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS 5 MG TAB	3	LC (74 cada 30 dia(s))
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	3	LC (74 cada 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln, 40 mg/0.4ml soln, 60 mg/0.6ml soln, 80 mg/0.8ml soln, 100 mg/ml soln, 120 mg/0.8ml soln, 150 mg/ml soln</i>	3	
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>	3	BVD (Heparina), ESRD
<i>heparin sodium (porcine) 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml</i>	3	BVD (Heparina), ESRD
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	3	BVD (Heparina), ESRD
<i>jantoven 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	2	
<i>prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
SAVAYSA 15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	LC (600 cada 30 dia(s))
XARELTO 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XARELTO 15 MG TAB	3	LC (42 cada 30 dia(s))
XARELTO 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	LC (102 cada 365 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HEMATOPOIETIC AGENTS		
ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR	3	AP, BVD (EPO), ESRD
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (EPO), ESRD
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION	3	AP, BVD (EPO), ESRD
DOPTELET 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
EPOGEN 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION	4	AP, BVD (EPO), ESRD
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
GRANIX 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	AP, BVD (Injectable/Infusible)
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
MULPLETA 3 MG TAB	5	AP, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NIVESTYM 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	AP, BVD (Inyectable)
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
PROMACTA 12.5 MG PACKET	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PROMACTA 25 MG PACKET	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RELEUKO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
RETACRIT 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION	3	AP, BVD (EPO), ESRD
RETACRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	3	AP, BVD (EPO), ESRD
STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UDENYCA UDENYC6 MG/0.6ML SOLN -INJ	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible)
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/Infusible)
ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	2	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ANTILIPEMIC AGENTS		
ALTOPREV 20 MG TAB ER 24H, 40 MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER 24H	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amlodipine-atorvastatin -10-20 mg tab, -2.5-20 mg tab, -5-10 mg tab, -10-10 mg tab, -2.5-10 mg tab, -5-20 mg tab, -5-40 mg tab, -5-80 mg tab, -10-40 mg tab, -10-80 mg tab, -2.5-40 mg tab</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>cholestyramine 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	3	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>cholestyramine light 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	3	LC (1195 cada 30 dia(s))
<i>colesevelam hcl 3.75 gm packet</i>	4	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colesevelam hcl 625 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	3	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 5 gm granules, 5 gm packet</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe-simvastatin -10-10 mg tab, -10-20 mg tab, -10-40 mg tab, -10-80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate micronized 43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>fenofibric acid 45 mg cap dr, 135 mg cap dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap, 1 gm cap</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
NEXLETOL 180 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
NEXLIZET 180-10 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>niacin er (antihyperlipidemic) er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>omega-3-acid ethyl esters --1 gm cap</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pitavastatin calcium 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pravastatin sodium 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>prevalite 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	3	LC (1195 cada 30 dia(s))
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	AP, LC (3.5 cada 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK REPTH140 MG/ML SOLN -INJ	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>simvastatin 5 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>acebutolol hcl 400 mg cap</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>atenolol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>atenolol-chlorthalidone -50-25 mg tab, -100-25 mg tab</i>	2	
<i>betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide -5-6.25 mg tab, -10-6.25 mg tab, -2.5-6.25 mg tab</i>	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	2	
<i>carvedilol 3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er</i>	3	
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>metoprolol succinate er er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide -50-25 mg tab, -100-25 mg tab, -100-50 mg tab</i>	3	
<i>nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	3	
<i>nebivolol hcl 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>nebivolol hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pindolol 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	1	
PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>propranolol hcl er er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er</i>	2	
<i>sotalol hcl (af) 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab</i>	2	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>sotalol hcl 80 mg tab</i>	2	
<i>timolol maleate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl -5-10 mg cap, -5-40 mg cap, -10-40 mg cap, -2.5-10 mg cap, -5-20 mg cap, -10-20 mg cap</i>	1	
<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan -5-160 mg tab, -5-320 mg tab, -10-160 mg tab, -10-320 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan -5-20 mg tab, -5-40 mg tab, -10-20 mg tab, -10-40 mg tab</i>	1	
<i>cartia xt 120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er</i>	3	
<i>dilt-xr -120 mg cap er, -180 mg cap er, -240 mg cap er</i>	3	
<i>diltiazem hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab</i>	2	
<i>diltiazem hcl er beads er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er</i>	2	
<i>diltiazem hcl er coated beads er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er</i>	2	
<i>diltiazem hcl er er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h</i>	2	
<i>felodipine er er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er</i>	2	
<i>isradipine 2.5 mg cap, 5 mg cap</i>	2	
<i>matzim la 180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap</i>	2	
<i>nifedipine 10 mg cap, 20 mg cap</i>	1	
<i>nifedipine er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	2	
<i>nisoldipine er nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h</i>	2	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz --20-5-12.5 mg tab, --40-10-12.5 mg tab, --40-10-25 mg tab, --40-5-12.5 mg tab, --40-5-25 mg tab</i>	1	
TELMISARTAN-AMLODIPINE -40-10 MG TAB, -40-5 MG TAB, -80-10 MG TAB, -80-5 MG TAB	1	
<i>tiadylt er er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er</i>	3	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER -ER 1-240 MG TAB ER, -ER 2-180 MG TAB ER, -ER 2-240 MG TAB ER, -ER 4-240 MG TAB ER	1	
<i>verapamil hcl 40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab</i>	1	
<i>verapamil hcl er er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er</i>	2	
<i>verapamil hcl er er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er</i>	1	
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	4	TE, LC (450 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>digoxin 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	3	
<i>digoxin digoxin 0.05 mg/ml solution, digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	2	
<i>dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap</i>	3	
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
<i>ivabradine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap</i>	3	
MULTAQ 400 MG TAB	4	
NORPACE CR 100 MG CAP ER 12H, 150 MG CAP ER 12H	4	
<i>pacerone 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	3	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab</i>	2	
<i>propafenone hcl er er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er</i>	3	
QUINIDINE SULFATE 200 MG TAB, 300 MG TAB	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ranolazine er er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
VYNDAMAX 61 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VYNDAQEL 20 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
HYPOTENSIVE AGENTS		
<i>clonidine 0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk</i>	3	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	2	BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>minoxidil 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
<i>aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>benazepril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide -5-6.25 mg tab, -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz -16-12.5 mg tab, -32-12.5 mg tab, -32-25 mg tab</i>	1	
<i>captopril 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
EDARBYCLOR 40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB	4	TE
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide -5-12.5 mg tab, -10-25 mg tab</i>	1	
ENTRESTO 24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ENTRESTO 6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	3	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab</i>	1	
<i>irbesartan 75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide -150-12.5 mg tab, -300-12.5 mg tab</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KERENDIA 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lisinopril 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz -50-12.5 mg tab, -100-12.5 mg tab, -100-25 mg tab</i>	1	
<i>moexipril hcl 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz -20-12.5 mg tab, -40-12.5 mg tab, -40-25 mg tab</i>	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB	1	
<i>quinapril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>ramipril 1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	
<i>spironolactone 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>spironolactone-hctz -25-25 mg tab</i>	2	
<i>telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	
<i>telmisartan-hctz -40-12.5 mg tab, -80-12.5 mg tab, -80-25 mg tab</i>	1	
<i>trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide -80-12.5 mg tab, -160-12.5 mg tab, -160-25 mg tab, -320-12.5 mg tab, -320-25 mg tab</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VASODILATING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er -25-200 mg cap 12h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er</i>	2	
NITRO-BID -2 % OINTMENT	4	
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr</i>	2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	4	LC (30 cada 30 OVER TIME)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	3	
NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION	3	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
VERQUVO 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANALGESICS AND ANTIPYRETICS

<i>acetaminophen-codeine -300-15 mg tab, -300-30 mg tab, -300-60 mg tab</i>	3	LC (390 cada 30 dia(s))
<i>ascomp-codeine -50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk</i>	3	LC (4 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl -2-0.5 mg tab, -8-2 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl -2-0.5 mg, -4-1 mg, -8-2 mg, -12-3 mg</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-apap-caff-cod ---50-300-40-30 mg cap, ---50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-apap-caffeine --50-300-40 mg cap, --50-325-40 mg cap, --50-325-40 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-asa-caff-codeine ---50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-aspirin-caffeine --50-325-40 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>celecoxib 100 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	2	
<i>diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet</i>	3	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>diclofenac sodium 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>etodolac 200 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab</i>	2	
<i>etodolac er 600 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>etodolac er er 400 mg tab er, er 500 mg tab er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenoprofen calcium 400 mg cap</i>	2	
<i>fentanyl 12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch</i>	3	AP, LC (10 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	2	
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN -2.5-325 MG TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-325 mg tab, -10-325 mg tab, -7.5-325 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ibu 600 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>indomethacin 25 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>indomethacin 50 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 100 MG CAP	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	2	
<i>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	
<i>naproxen 125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	2	
<i>oxycodone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>oxycodone-acetaminophen -5-325 mg tab, -10-325 mg tab, -2.5-325 mg tab, -7.5-325 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>piroxicam 10 mg cap, 20 mg cap</i>	2	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tramadol-acetaminophen -37.5-325 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))

ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS

<i>amphetamine-dextroamphet er -er 5 mg cap er, -er 10 mg cap er, -er 15 mg cap er, -er 20 mg cap er, -er 25 mg cap er, -er 30 mg cap er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>amphetamine-dextroamphetamine -dextro5 mg tab, -dextro7.5 mg tab, -dextro10 mg tab, -dextro12.5 mg tab, -dextro15 mg tab, -dextro20 mg tab, -dextro30 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>armodafinil 50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>dexmethylphenidate hcl er er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap er, er 15 mg cap er</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate 10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg chew tab, 10 mg chew tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	3	LC (1800 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) er 20 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) er 30 mg cap er, er 40 mg cap er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (la) er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (osm) er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er, er 72 mg tab er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er methylphenidate hcl er 18 mg tab er, methylphenidate hcl er 27 mg tab er, methylphenidate hcl er 36 mg tab er, methylphenidate hcl er 54 mg tab er, methylphenidate hcl er 18 mg tab er 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>modafinil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
WAKIX 4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZEPBOUND 2.5 MG/0.5ML SOLN - INJ, 5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 10 MG/0.5ML SOLN -INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN - INJ, 15 MG/0.5ML SOLN -INJ	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTICONVULSANTS		
APTiom 200 MG TAB, 400 MG TAB	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
APTiom 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	TE, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 100 mg chew tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 300 mg cap 12h</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 400 mg tab 12h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er er 100 mg cap er, er 100 mg tab er</i>	3	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er er 200 mg cap er, er 200 mg tab er</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam 0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET	4	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
DILANTIN 30 MG CAP	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN-125 -MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr</i>	2	LC (1080 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 250 mg tab dr</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 500 mg tab dr</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 250 mg tab 24h</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 500 mg tab 24h</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
<i>epitol 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	LC (480 cada 30 dia(s))
EQUETRO 100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>ethosuximide 250 mg cap</i>	2	
<i>ethosuximide 250 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 400 mg tab</i>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 2 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	2	LC (960 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</i>	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	LC (330 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide 10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml</i>	4	LC (1200 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lacosamide 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	4	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab disp</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 150 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab disp</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	4	LC (28 cada 180 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 25 mg tab disp</i>	3	LC (210 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	4	LC (56 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine 5 mg chew tab, 25 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 50 mg tab disp</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 25 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 50 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine starter kit-blue -35 x 25 mg</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-green -84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	LC (196 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-orange -42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	LC (98 cada 365 OVER TIME)
<i>levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5ml</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 250 mg tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 500 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 750 mg tab, 1000 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam er er 500 mg tab er, er 750 mg tab er</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LIBERVANT 5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	3	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 600 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 150 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 300 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 600 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>phenobarbital 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>phenytek 200 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>phenytek 300 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension</i>	2	LC (750 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>pregabalin 20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap</i>	2	
PRIMIDONE 125 MG TAB	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>primidone 250 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>primidone 50 mg tab</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SPRITAM 250 MG TAB	4	
SPRITAM 500 MG TAB, 750 MG TAB, 1000 MG TAB	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN 5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 16 mg tab</i>	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	4	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	4	LC (420 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 15 mg cap, 25 mg cap</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg cap</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg/5ml, 500 mg/10ml</i>	2	LC (3000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	5	AP, LC (9000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (750 cada 30 OVER TIME)
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG 14 25 MG TAB THPK, COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK	5	LC (28 cada 28 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	5	AP
<i>zonisamide 100 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>zonisamide 25 mg cap</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1080 cada 30 dia(s))

ANTIMIGRAINE AGENTS

AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	TE, LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
AJOVY JOVY 225 MG/1.5ML SOLN - INJ	3	TE, LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
<i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>eletriptan hydrobromide 40 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (4 cada 84 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate 2.5 mg tab</i>	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
QULIPTA 10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
REYVOW 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan 5 mg/act, 20 mg/act</i>	3	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution</i>	3	LC (4 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart</i>	3	LC (4 cada 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UBRELVY 50 MG TAB, 100 MG TAB	3	AP, LC (16 cada 30 OVER TIME)
zolmitriptan 2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
zolmitriptan 5 mg solution, zolmitriptan 2.5 mg solution	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart	5	AP
benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab	2	LC (90 cada 30 dia(s))
benztropine mesylate 2 mg tab	2	
bromocriptine mesylate 2.5 mg tab, 5 mg cap	3	
cabergoline 0.5 mg tab	2	LC (60 cada 30 dia(s))
carbidopa 25 mg tab	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA- LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25- 100 MG TAB, CARBIDOPA- LEVODOPA 25-250 MG TAB	2	
carbidopa-levodopa er -er 25-100 mg tab er, - er 50-200 mg tab er	2	LC (360 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 25-100-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 31.25-125-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab</i>	3	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	3	
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er</i>	3	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	2	
<i>ropinirole hcl er er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
RYTARY 23.75-95 MG CAP ER	3	TE, LC (750 cada 30 dia(s))
RYTARY 36.25-145 MG CAP ER	3	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
RYTARY 48.75-195 MG CAP ER	3	TE, LC (360 cada 30 dia(s))
RYTARY 61.25-245 MG CAP ER	3	TE, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>selegiline hcl 5 mg cap, 5 mg tab</i>	3	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
TRIHENYDROXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION	2	
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
ZELAPAR 1.25 MG TAB DISP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam er er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam xr 0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
BELSOMRA 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>buspirone hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>diazepam diazepam 2.5 mg gel, diazepam 10 mg gel, diazepam 20 mg gel</i>	2	
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>eszopiclone 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap</i>	2	
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 15 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 30 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>triazolam 0.125 mg tab, 0.25 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 10 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>zaleplon 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate er er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS

<i>atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>guanfacine hcl er er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er</i>	2	
<i>memantine hcl 2 mg/ml, 10 mg/5ml</i>	3	
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	2	LC (49 cada 28 dia(s))
<i>memantine hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>memantine hcl er er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 100 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
QELBREE 150 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
<i>riluzole 50 mg tab</i>	3	
SUNOSI 75 MG TAB, 150 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

OPIATE ANTAGONISTS

NALOXONE HCL 0.4 MG/ML SOLN PRSYR	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsy,</i> <i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl</i> <i>0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml</i> <i>solution</i>	2	LC (2 cada 30 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	

PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS

ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ABILIFY MAINTENA 300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg</i> <i>tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
<i>amoxapine 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab,</i> <i>150 mg tab</i>	2	
APLENZIN 174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole 10 mg tab disp, 15 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	AP, LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	AP, LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>asenapine maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bupropion hcl 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	2	
<i>bupropion hcl er (sr) er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	2	
<i>bupropion hcl er (xl) er 150 mg tab er, er 300 mg tab er</i>	2	
CAPLYTA 10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>chlorpromazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	
CHLORPROMAZINE HCL 30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC	3	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 MG CAP	3	
<i>clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	3	TE

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>clozapine 100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	3	LC (135 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 25 mg tab, 50 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clozapine clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab disp</i>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
COBENFY 50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	5	AP, LC (56 cada 180 OVER TIME)
<i>compro 25 mg suppos</i>	2	
<i>desipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
DESVENLAFAXINE ER ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H	2	
<i>desvenlafaxine succinate er er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er</i>	2	
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>duloxetine hcl 20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr</i>	2	
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
EMSAM 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>escitalopram oxalate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	2	
FANAPT 1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	4	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
FETZIMA 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FLUOXETINE HCL (PMDD) 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>fluoxetine hcl fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 20 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab</i>	3	
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	3	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	3	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>fluphenazine hcl fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir</i>	3	
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er er 100 mg cap er, er 150 mg cap er</i>	3	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml, 100 mg/ml</i>	2	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>imipramine pamoate 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap</i>	2	
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (3.5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR, 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	2	
<i>lithium carbonate er er 300 mg tab er, er 450 mg tab er</i>	2	
<i>lithium carbonate lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap</i>	2	
<i>loxapine succinate 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	
<i>lurasidone hcl 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LYBALVI 5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
MARPLAN 10 MG TAB	4	
<i>mirtazapine 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>mirtazapine 7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	2	
MOLINDONE HCL 5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB	2	LC (270 cada 30 dia(s))
NEFAZODONE HCL 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	3	
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	
NUPLAZID 10 MG TAB, 34 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>olanzapine 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>olanzapine 5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine-fluoxetine hcl -3-25 mg cap, -6-25 mg cap, -6-50 mg cap, -12-25 mg cap, -12-50 mg cap</i>	4	
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	2	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er 25 mg tab 24h</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>perphenazine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PERSERIS 90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR	5	AP, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>phenelzine sulfate phenelzine sulfate 15 mg tab, phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	
PIMOZIDE 1 MG TAB, 2 MG TAB	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	3	BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>prochlorperazine maleate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>protriptyline hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	4	TE
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er</i>	3	
<i>quetiapine fumarate quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	2	
REXULTI 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 0.25 mg tab</i>	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TAB DISP	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	2	
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>risperidone microspheres er er 12.5 mg, er 25 mg</i>	4	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
<i>risperidone microspheres er er 37.5 mg, er 50 mg</i>	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
SECUADO 3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>sertraline hcl 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	3	
<i>trazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	4	TE
TRINTELLIX 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.42 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H	4	TE

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>venlafaxine hcl 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap er, 75 mg cap er, 150 mg cap er</i>	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	3	
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ziprasidone hcl 20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
ZURZUVAE 20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP	5	AP, LC (28 cada 14 dia(s))
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO 6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	AP, LC (28 cada 180 OVER TIME)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	AP, LC (42 cada 180 OVER TIME)
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA		
AMMONIA DETOXICANTS		
<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	5	AP
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	2	
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	2	
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	3	
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	2	
<i>lactulose lactulose 10 gm packet, lactulose 10 gm/15ml solution, lactulose 20 gm/30ml solution</i>	2	
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	5	
CALORIC AGENTS		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	BVD (TPN)
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	BVD (TPN)
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION	3	BVD (TPN)
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	BVD (TPN)
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	BVD (TPN)
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	2	IH
<i>dextrose dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution</i>	2	IH
<i>dextrose dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution</i>	2	IH
ISOLYTE-P IN D5W -IN SOLUTION	3	IH
NUTRILIPID 20 % EMULSION	3	IH
<i>plenamine 15 % solution</i>	2	IH
PREMASOL 10 % SOLUTION	3	IH
PROSOL 20 % SOLUTION	3	IH
TRAVASOL 10 % SOLUTION	3	IH
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	3	IH

DIURETICS

<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	2	
AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE -5-50 MG TAB	2	
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION	3	
<i>ethacrynic acid 25 mg tab</i>	4	AP, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	
FUROSEMIDE FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	
JYNARQUE 15 MG TAB THPK, 30 & 15 MG TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JYNARQUE 15 MG TAB, 30 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
JYNARQUE 45 15 MG TAB THPK, 60 30 MG TAB THPK, 90 30 MG TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan tolvaptan 15 mg tab, tolvaptan 15 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>torsemide 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>triamterene 50 mg cap, 100 mg cap</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>triamterene-hctz -37.5-25 mg cap, -37.5-25 mg tab, -75-50 mg tab</i>	1	
ION-REMOVING AGENTS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	3	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION	3	
VELTASSA 1 GM PACKET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VELTASSA 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REPLACEMENT PREPARATIONS		
<i>dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution</i>	2	IH
ISOLYTE-S PH 7.4 IOLYTE- OLUTION	3	IH
<i>kcl in dextrose-nacl in -10-5-0.45 meq/l-%-%, in -20-5-0.2 meq/l-%-%, in -20-5-0.225 meq/l-%-%, in -20-5-0.45 meq/l-%-%, in -20-5-0.9 meq/l-%-%, in -30-5-0.45 meq/l-%-%, in -40-5-0.45 meq/l-%-%, in -40-5-0.9 meq/l-%-%</i>	2	IH
KCL-LACTATED RINGERS-D5W --20 MEQ/L SOLUTION	2	IH
<i>klor-con -8 tab er, -20 packet</i>	3	
<i>klor-con 10 -meq tab er</i>	3	
<i>klor-con m10 -meq tab er</i>	3	
<i>klor-con m15 -meq tab er</i>	4	
<i>klor-con m20 -meq tab er</i>	3	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION	3	IH
PLASMA-LYTE 148 - SOLUTION	3	IH
PLASMA-LYTE A PLSM- SOLUTION	3	IH
<i>potassium chloride 10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	3	
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>	3	IH
<i>potassium chloride 20 meq packet</i>	3	
<i>potassium chloride crys er er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>potassium chloride er potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er</i>	1	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	2	IH
<i>potassium chloride in nacl potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution</i>	3	IH
<i>potassium chloride potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution</i>	3	IH
<i>potassium citrate er er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er</i>	3	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	2	IH
<i>sodium chloride 0.45 %, 3 %, 5 %</i>	2	IH
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	2	AP, IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
TPN ELECTROLYTES CONC	2	IH

URICOSURIC AGENTS

<i>colchicine-probenecid -0.5-500 mg tab</i>	3	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	3	

ENZIMAS

PALYNZIQ 2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
---	---	----------------------------

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	AP
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	5	AP, AL, LC (354 cada 30 dia(s))

PREPARACIONES PARA OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (EENT)

ANTI-INFECTIVES

<i>ak-poly-bac --500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
AZASITE 1 % SOLUTION	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ---1 % ointment</i>	2	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	2	
<i>bacitracin-polymyxin b acitracin-500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	2	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	4	LC (17.5 cada 30 OVER TIME)
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	3	
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>	3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone -0.3-0.1 % suspension</i>	3	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	2	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx --3.5-400-10000, --5-400-10000</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth --3.5-10000-0.1 ointment, --3.5-10000-0.1 suspension</i>	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN --1.75-10000-.025 SOLUTION	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension</i>	3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	2	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE - 10-0.23 % SOLUTION	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone -0.3-0.1 % suspension</i>	3	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	3	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	5	AP
ZIRGAN 0.15 % GEL	4	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

ARNUIY ELLIPTA 50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>bromfenac sodium (once-daily) -0.09 % solution</i>	3	
<i>cyclosporine 0.05 % emulsion</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
FLAREX 0.1 % SUSPENSION	4	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	3	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	3	
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	2	LC (16 cada 30 OVER TIME)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (240 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (24 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (10.6 cada 30 dia(s))
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	4	
<i>hydrocortisone-acetic acid -1-2 % solution</i>	3	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine 0.4 %, 0.5 %</i>	2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.2 % suspension</i>	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.5 % gel, 0.5 % suspension</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	3	LC (34 cada 30 OVER TIME)
NEVANAC 0.1 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNARIS 50 MCG/ACT SUSPENSION	4	TE, LC (12.5 cada 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
QNASL 80 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME)
QNASL CHILDRENS 40 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	2	
TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XHANCE 93 MCG/ACT EXHU	4	AP
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ANTIALLERGIC AGENTS		
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	3	
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	3	TE, LC (30.5 cada 30 OVER TIME)
ANTIGLAUCOMA AGENTS		
ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
BETOPTIC-S -0.25 % UPENION	4	
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	3	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal -22.3-6.8 mg/ml solution</i>	3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf -2-0.5 % solution</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	LC (5 cada 30 OVER TIME)
<i>methazolamide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	3	
<i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	3	LC (16 cada 30 OVER TIME)
<i>timolol maleate (once-daily) -0.5 % solution</i>	3	
<i>timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % gel f soln</i>	3	
<i>timolol maleate 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	2	
<i>timolol maleate pf 0.25 %, 0.5 %</i>	2	
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	TE

EENT DRUGS, MISCELLANEOUS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	2	
APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION	2	
CYSTADROPS 0.37 % SOLUTION	5	AP, LC (20 cada 30 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
IOPIDINE 1 % SOLUTION	4	
<i>ipratropium bromide 0.03 %, 0.06 %</i>	2	

MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alosetron hcl 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
---	---	------------------------

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	3	
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
DIPENTUM 250 MG CAP	4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	3	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA 4 GM KIT	4	

ANTIDIARRHEA AGENTS

<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	2	
XERMELO 250 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

ANTIEMETICS

<i>aprepitant 125 mg cap</i>	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral)
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	3	AP, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral)
<i>aprepitant 80 125 mg cap, 80 125 mg misc</i>	3	AP, LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral)
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	3	AP, LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral)
<i>dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	3	AP, BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS)
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	AP, BVD (ORAL ANTIEMETICS)
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD (ORAL ANTIEMETICS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc --140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>cimetidine 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	2	
<i>famotidine 20 mg tab</i>	2	
<i>famotidine 40 mg tab</i>	2	
<i>famotidine 40 mg/5ml recon susp</i>	3	
<i>lansoprazole 15 mg cap dr, 30 mg cap dr</i>	2	
<i>misoprostol 100 mcg tab, 200 mcg tab</i>	2	
NIZATIDINE NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP	2	
<i>omeprazole 10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr</i>	2	
<i>pantoprazole sodium 20 mg tab dr, 40 mg tab dr</i>	2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg packet</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>sucrafate 1 gm tab</i>	2	
<i>sucrafate 1 gm/10ml suspension</i>	3	

CATHARTICS AND LAXATIVES

CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION	3	
GAVILYTE-C -240 GM REON SOLN	2	
<i>gavilyte-g -236 m recon soln</i>	2	
<i>gavilyte-n with flavor pack -420 gm recosol</i>	2	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf --17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ---cl 420 gm recon soln</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes -236 gm recon soln</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat -100 gm recon soln</i>	3	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c -kl-l-sulf--100 gm reon soln</i>	3	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	4	TE
SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	3	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
CHENODAL 250 MG TAB	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>ursodiol 250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab</i>	3	
DIGESTANTS		
CREON 3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART	3	
PANCREAZE 2600-8800 CP DR PART, 4200-14200 CP DR PART, 10500-35500 CP DR PART, 16800-56800 CP DR PART, 21000-54700 CP DR PART, 37000-97300 CP DR PART	3	
PERTZYE 16000 CP DR PART, 16000-57500 CP DR PART, 24000-86250 CP DR PART	5	
PERTZYE 4000 CP DR PART, 4000-14375 CP DR PART, 8000 CP DR PART	4	
VIOKACE 10440-39150 UNIT TAB	4	
VIOKACE 20880 TAB, 20880-78300 TAB	5	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZENPEP 3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000- 32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000- 189600 CP DR PART	3	

GI DRUGS, MISCELLANEOUS

CHOLBAM 50 MG CAP, 250 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LINZESS 72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lubiprostone 8 mcg cap, 24 mcg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MOVANTIK 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
REZDIFFRA 60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC 0.2 MG TAB	3	

PROKINETIC AGENTS

METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	4	
<i>metoclopramide hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/5ml, 10 mg/10ml</i>	3	
MOTEGRITY 1 MG TAB, 2 MG TAB	4	

ANTAGONISTAS DE METAL PESADO

CHEMET 100 MG CAP	4	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	4	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 180 mg tab</i>	5	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 360 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox granules 90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferiprone 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	
TRIENTINE HCL TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP	5	AP

HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS

ADRENALS

ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (30 METERED DOSES) 110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
<i>budesonide 0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación)
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	3	
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>hydrocortisone 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	2	
<i>methylprednisolone 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp</i>	3	
<i>prednisone 1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab</i>	1	
PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	
TARPEYO 4 MG CAP DR	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ANDROGENS		
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	
<i>depo-testosterone depo-testosterone 200 mg/ml solution, depo-testosterone 100 mg/ml solution, depo-testosterone 200 mg/ml solution</i>	4	AP, LC (10 cada 30 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>testosterone 1.62 % gel, 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
<i>testosterone testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>testosterone testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s))

ANTIDIABETIC AGENTS

<i>acarbose 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN BENZOATE 6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL - 12.5-1000 MG TAB, -12.5-500 MG TAB	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE -12.5- 30 MG TAB, -25-15 MG TAB, -25-30 MG TAB, -25-45 MG TAB	1	LC (30 cada 30 dia(s))
FARXIGA 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glimepiride 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	
<i>glipizide er er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er</i>	1	
<i>glipizide glipizide 2.5 mg tab, glipizide 5 mg tab, glipizide 10 mg tab</i>	1	
<i>glipizide xl 2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl -2.5-250 mg tab, -2.5- 500 mg tab, -5-500 mg tab</i>	1	
<i>glyburide-metformin -1.25-250 mg tab, -2.5-500 mg tab, -5-500 mg tab</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
GLYXAMBI 10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG MIX 50/50 (50-50) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30)
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) HMLIN - (CONCENTATED) NIT/ML SOLTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN HMLIN -KWIKNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN DEGLUDEC 100 UNIT/ML SOLUTION	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
JANUMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUVIA 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JARDIANCE 10 MG TAB, 25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
<i>metformin hcl 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	
<i>metformin hcl er er 500 mg tab er, er 750 mg tab er</i>	1	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
MIGLITOL 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MOUNJARO MOUNJRO 2.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 7.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 10 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 12.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 15 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
<i>nateglinide 60 mg tab, 120 mg tab</i>	1	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70- 30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30), BVD (Insulina)
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-glimepiride -30-2 mg tab, -30-4 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl -15-500 mg tab, -15-850 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>repaglinide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er -2.5-1000 mg tab 24h</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er -er 5-1000 mg tab er, - er 5-500 mg tab er</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SEGLUROMET 2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL -50-1000 MG TAB, -50-500 MG TAB	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SOLIQUA 100-33 UNT-MCG/ML SOLN PEN	3	TE, LC (18 cada 30 OVER TIME), \$35 (\$35/30)
STEGLATRO 5 MG TAB, 15 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMLINPEN 120 SYMLIN2700 MCG/2.7ML SOLN	5	TE, LC (10.8 cada 30 OVER TIME)
SYMLINPEN 60 SYMLIN1500 MCG/1.5ML SOLN	5	TE, LC (10.8 cada 30 OVER TIME)
SYNJARDY 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5- 500 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5- 1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (30 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (45 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
TRADJENTA 5 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5- 1000 MG TAB ER 24H	3	
TRULICITY 0.75 MG/0.5ML SOLN - INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 3 MG/0.5ML SOLN -INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
WEGOVY 0.25 MG/0.5ML SOLN -INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 1 MG/0.5ML SOLN -INJ	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
WEGOVY 1.7 MG/0.75ML SOLN -INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN -INJ	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XIGDUO XR 5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))

ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	2	
GLUCAGON EMERGENCY 1 MG KIT	3	

CONTRACEPTIVES

<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>camila 0.35 mg tab</i>	2	
<i>cryselle-28 -0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol -0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol --3-0.02-0.451 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>drospirenone-ethinyl estradiol -3-0.02 mg tab, -3-0.03 mg tab</i>	2	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>errin 0.35 mg tab</i>	2	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet -0.5-0.1 mg tab, -1-0.5 mg tab</i>	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol ynodiol -1-35 mg-mcg tab, ynodiol -1-50 mg-mcg tab</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol -0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>fyavolv 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab</i>	3	
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	2	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>heather 0.35 mg tab</i>	2	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>jasmie 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	3	
<i>june 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>june 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>june fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>june fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>june fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>kelnor 1/35 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>kelnor 1/50 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic -50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day --0.15-0.03 &0.01 mg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day --0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad -90-20 mcg tab</i>	2	
<i>levora 0.15/30 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	3	AP, LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD (PHYSICIAN ADMINISTRATION)
LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB	4	
<i>loestrin 1.5/30 (21) /-mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin 1/20 (21) /-mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	4	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	2	
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	3	AP, LC (1 cada 365 OVER TIME)
<i>norelgestromin-eth estradiol -150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>norethin ace-eth estrad-fe norin --1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe --1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est -1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol -0.5-2.5 mg-mcg tab, -1-5 mg-mcg tab</i>	3	
<i>norgestim-eth estrad triphasic -0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol -0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (21) /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nylia 1/35 /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>portia-28 -0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB	4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tri-estarylla -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	
<i>tri-legest fe -1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla --0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec --0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>tri-sprintec -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	
<i>tri-vylibra lo -0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	2	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>zovia 1/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	
<i>zovia 1/35e (28) /e -mg-mcg tab</i>	2	

ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS

<i>anastrozole 1 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
DEPO-ESTRADIOL -5 MG/ML OIL	4	
<i>dotti 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
<i>dotti 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw</i>	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>estradiol 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch wk</i>	3	
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream</i>	3	LC (127.5 cada 30 OVER TIME)
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>exemestane 25 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FEMRING 0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
IMVEXXY STARTER PACK PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
<i>lyllana 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw</i>	3	
ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OSPHENA 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))
PREMARIN 0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	3	
PREMPRO 0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB	3	
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamoxifen citrate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>yuvafer 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))

GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS

ELIGARD 7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT	4	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 /VIAL RECON SOLN	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	4	BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LEUPROLIDE ACETATE 22.5 MG INJECTABLE	4	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) -3.75 MG KIT, -7.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT (3-MONTH) -11.25 MG KIT, -22.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT (4-MONTH) -30 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT (6-MONTH) -45 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) -- 7.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) -- 11.25 MG () KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia injectable/infusible)
MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORGOVYX 120 MG TAB	5	AP, LC (32 cada 30 dia(s))
ORILISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORILISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	AP
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP	4	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)

PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS

<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	ESRD
<i>cinacalcet hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), ESRD
YORVIPATH 168 MCG/0.56ML SOLN PEN, 294 MCG/0.98ML SOLN PEN, 420 MCG/1.4ML SOLN PEN	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)

PITUITARY

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
GENOTROPIN MINIQUEL 0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR	5	AP
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	AP

PROGESTINS

CRINONE 4 % GEL	4	AP
DEPO-SUBQ PROVERA 104 - MG/0.65ML SUSP PRSYR	3	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension</i>	2	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>megestrol acetate megestrol acetate 40 mg/ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 400 mg/10ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 800 mg/20ml suspension</i>	2	
<i>progesterone 100 mg cap, 200 mg cap</i>	3	

SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS

<i>octreotide acetate 50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml</i>	4	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>octreotide acetate 500 mcg/ml, 1000 mcg/ml</i>	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS

GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE	5	AP
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	AP
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	AP
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

THYROID AND ANTITHYROID AGENTS

<i>euthyrox 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab</i>	3	
<i>levothyroxine sodium 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>levoxyl 25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab</i>	3	
<i>liothyronine sodium 5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methimazole 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	
SYNTHROID 25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB	3	LC (90 cada 30 dia(s))
TIROSINT-SOL -SOL 13 MCG/ML SOLUTION, -SOL 25 MCG/ML SOLUTION, -SOL 37.5 MCG/ML SOLUTION, -SOL 44 MCG/ML SOLUTION, -SOL 50 MCG/ML SOLUTION, -SOL 62.5 MCG/ML SOLUTION, -SOL 75 MCG/ML SOLUTION, -SOL 88 MCG/ML SOLUTION, -SOL 100 MCG/ML SOLUTION, -SOL 112 MCG/ML SOLUTION, -SOL 125 MCG/ML SOLUTION, -SOL 137 MCG/ML SOLUTION, -SOL 150 MCG/ML SOLUTION, -SOL 175 MCG/ML SOLUTION, -SOL 200 MCG/ML SOLUTION	3	

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS

<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))

ALCOHOL DETERRENTS

<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
--	---	-------------------------

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	
ANTIDOTES		
<i>acetylcysteine 10 % solution</i>	2	AP, BVD (inhalación)
<i>acetylcysteine 20 % solution</i>	2	AP, BVD (inhalación)
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	3	
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 30 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	AP, LC (1.56 cada 30 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (1 cada 180 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	2	
<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	2	
KEVEYIS 50 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA 2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME)
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME)
ORLADEYO 110 MG CAP, 150 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TAVNEOS 10 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN -INJ, 40 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	
RIDAURA 3 MG CAP	5	
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION	5	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
TALTZ 80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
TYENNE 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
XELJANZ 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XELJANZ XR 11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

IMMUNOMODULATORY AGENTS

ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 240 mg cap dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i> fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i> glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i> teriflunomide 7 mg tab, 14 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
THALOMID 50 MG CAP, 100 MG CAP	5	LC (30 cada 30 dia(s))

IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS

ASTAGRAF XL 0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H	4	AP, TE, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i> azathioprine 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i> cyclosporine 25 mg cap, 100 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i> cyclosporine modified 25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (7 cada 168 OVER TIME)
ENVARUSUS XR 0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H	4	AP, TE, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>gengraf 25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	3	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
LUPKYNIS 7.9 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	3	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	4	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
REZUROCK 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	4	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	5	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS)

OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

AQNEURSA 1 GM PACKET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>betaine powder</i>	5	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	4	AP
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FILSPARI 200 MG TAB, 400 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
FIRDAPSE 10 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 1 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 5 MG TAB	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>l-glutamine -gutamine 5 gm packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	5	AP
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	5	AP, LC (67.8 cada 30 dia(s))
<i>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap</i>	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
NITYR 2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1500 cada 30 dia(s))
PYRUKYND 5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
PYRUKYND TAPER PACK PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	5	AP
VOXZOGO 0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON 100 MG CAP	4	
MESNEX 400 MG TAB	5	
ANTICONCEPTIVOS SIN HORMONAS		
PHEXXI 1.8-1-0.4 % GEL	4	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	3	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	3	
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.5 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN -INJ	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>montelukast sodium 4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
XOLAIR 150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
XOLAIR 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
XOLAIR XOLIR 75 MG/0.5ML SOLN -INJ	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
<i>azelastine-fluticasone -137-50 mcg/act suspension</i>	4	TE, LC (23 cada 30 OVER TIME)
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	3	AP, BVD (inhalación)
ANTIFIBROTIC AGENTS		
OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pirfenidone 267 mg cap, 267 mg tab</i>	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s))
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS

KALYDECO 5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ORKAMBI 75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

MUCOLYTIC AGENTS

BRONCHITOL 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación)

VASODILATING AGENTS

ADEMPAS 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>ambrisentan 5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>bosentan 62.5 mg tab, 125 mg tab</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OPSUMIT 10 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WINREVAIR 2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)

AGENTES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTI-INFECTIVES

<i>acyclovir 5 % ointment</i>	3	
-------------------------------	---	--

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>benzoyl peroxide-erythromycin -5-3 % gel</i>	3	
<i>ciclopirox 0.77 % gel, 1 % shampoo</i>	3	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciclopirox olamine 0.77 % cream, 0.77 % suspension</i>	3	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1-5 % gel</i>	3	TE
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1.2-2.5 % gel</i>	2	TE
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1.2-5 % gel</i>	2	
<i>clindamycin phosphate 1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream</i>	3	
<i>clotrimazole 1 % cream, 1 % solution</i>	2	
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	3	
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	3	
ERY 2 % PAD	2	
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % solution</i>	2	
<i>gentamicin sulfate 0.1 % cream, 0.1 % ointment</i>	3	
<i>ivermectin 1 % cream</i>	3	TE, LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>ketconazole 2 % cream, 2 % shampoo</i>	3	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion</i>	3	
<i>metronidazole 1 % gel</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	3	
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	3	
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone -100000-0.1 unit/gm-% cream, -100000-0.1 unit/gm-% ointment</i>	3	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	3	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	3	
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	2	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	4	
<i>ssd 1 % cream</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	3	
<i>terconazole 0.4 %, 0.8 %</i>	3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	3	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	3	

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alclometasone dipropionate alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	
<i>betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.12 % foam</i>	3	
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % ointment</i>	4	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % suspension</i>	3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	3	
<i>clobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution</i>	3	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	3	LC (125 cada 14 OVER TIME)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	3	
<i>desonide 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	
<i>desoximetasone 0.25 % cream, 0.25 % ointment</i>	4	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	3	
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM	5	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	3	
<i>fluocinonide fluocinonide 0.1 % cream, fluocinonide 0.05 % gel, fluocinonide 0.05 % cream, fluocinonide 0.05 % gel, fluocinonide 0.05 % ointment, fluocinonide 0.05 % solution</i>	3	
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	2	
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	3	
<i>hydrocortisone (perianal) 1 %, 2.5 %</i>	2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>hydrocortisone hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion</i>	2	
<i>mometasone furoate 0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution</i>	2	
<i>procto-med hc -2.5 % cream</i>	2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	2	
<i>proctozone-hc -2.5 % cream</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment</i>	2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	2	
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapalene-benzoyl peroxide -0.1-2.5 % gel</i>	2	TE
<i>ammonium lactate 12 % cream</i>	2	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acutane 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>adapalene 0.1 % cream, 0.3 % gel</i>	3	TE
ADBRY 150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
ALTRENO 0.05 % LOTION	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>amnestem 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
AZELEX 20 % CREAM	4	TE
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	AP

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>calcipotriene calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution</i>	3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	3	
CIBINQO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>claravis 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>claravis 30 mg cap</i>	3	
<i>dapsone 5 % gel</i>	3	TE
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
FILSUEVZ 10 % GEL	5	AP
FINACEA 15 % FOAM	4	
<i>fluorouracil fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution</i>	3	
HYFTOR 0.2 % GEL	5	AP
<i>imiquimod 5 % cream</i>	3	
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	3	
METHOXSALLEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	4	TE
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	
<i>tacrolimus 0.03 %, 0.1 %</i>	3	LC (100 cada 30 OVER TIME)
<i>tazarotene 0.05 % cream</i>	4	TE
<i>tazarotene 0.05 % gel, 0.1 % gel</i>	4	
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	3	TE
<i>tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	3	TE
<i>tretinoin microsphere 0.04 % gel, 0.1 % gel</i>	4	TE
<i>tretinoin microsphere pump pump 0.04 % gel, pump 0.1 % gel</i>	4	TE
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VTAMA 1 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	
<i>zenatane 30 mg cap</i>	3	
ZORYVE 0.15 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 OVER TIME)
ZORYVE 0.3 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
ZORYVE 0.3 % FOAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))

PREPARACIONES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS

<i>agoneaze 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>dermacinrx empricaine 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>dermacinrx prizopak 2.5-2.5 % kit</i>	3	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE -1-1 % CREAM	3	
<i>lidocaine 5 % patch</i>	3	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	3	
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % cream</i>	3	
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>lidocan 5 % patch</i>	3	
<i>livixil pak 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	3	

RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>darifenacin hydrobromide er er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fesoterodine fumarate er er 4 mg tab er, er 8 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>flavoxate hcl 100 mg tab</i>	2	
GEMTESA 75 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
MYRBETRIQ 25 MG TAB ER 24H, 50 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
MYRBETRIQ 8 MG/ML SRER	3	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>oxybutynin chloride 5 mg tab</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxybutynin chloride 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (473 cada 23 dia(s))
<i>oxybutynin chloride er er 5 mg tab er, er 10 mg tab er, er 15 mg tab er</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>solifenacin succinate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tolterodine tartrate 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tolterodine tartrate er er 2 mg cap er, er 4 mg cap er</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tropium chloride er 60 mg cap 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>roflumilast 250 mcg tab, 500 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
---	---	------------------------

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>theophylline er theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h</i>	3	

SUMINISTROS

AQ INSULIN SYRINGE 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQINJECT PEN NEEDLE PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32G X 4 MM MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE 29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ESSENTA WIPES 9X9" 70 % SHEET	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 -- 100 27G 1/2" 0.5 ML MISC, --100 28G 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 -- 100 28G 1/2" 1 ML MISC, --100 29G 1/2" 0.5 ML MISC, --100 29G 1/2" 1 ML MISC, --100 30G 1/2" 1 ML MISC, --100 30G 5/16" 0.5 ML MISC, --100 31G 5/16" 0.5 ML MISC, --100 31G 5/16" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MARATHON MEDICAL PENTIPS 29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS 29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT PEN NEEDLES PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 5 MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT PEN NEEDLES PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR 1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

VITAMINAS

VITAMIN D

<i>calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap</i>	2	ESRD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	2	ESRD

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>doxercalciferol doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap</i>	2	ESRD
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	3	ESRD
ATABEX EC AEX 29-1 MG DR	3	
AZESCHEW PRENATAL/POSTNATAL 13-1 MG TAB	3	
AZESCO 13-1 MG TAB	3	
C-NATE DHA -28-1-200 MG AP	3	
CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL B-CALM -20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	
CITRANATAL RX 27-1 MG TAB	3	
CO-NATAL FA - TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
INATAL GT TAB	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30- 1 MG TAB	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
M-NATAL PLUS -27-1 G TAB	3	
MULTI-MAC -15-0.75-1 MG TAB	3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	2	
NATACHEW NATA28-1 MG TAB	3	
NATALVIT TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	3	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	
OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP	3	
OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP	3	
OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP	3	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 387 MG MISC	3	
OBSTETRIX EC 29-1 MG TAB	3	
PNV OB+DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 27-1 & 312 MG MISC	3	
PNV TABS 29-1 S --MG	3	
PNV-DHA+DOCUSATE -27-1.25-300 MG CAP	3	
PNV-SELECT -27-0.6-0.4 MG TAB	3	
PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP	3	
PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENA1 1.4 MG CHEW TAB	3	
PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP	3	
PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP	3	
PRENATAL 19 19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS IRON 29-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 27-1 MG TAB	3	
PRENATE DHA 18-0.6-0.4-300 MG CAP	3	
PRENATE ELITE 20-0.6-0.4 MG TAB	3	
PRENATE ENHANCE 28-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATE MINI 18-0.6-0.4-350 MG CAP	3	
PRENATE PIXIE 10-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
PRENATE RESTORE 27-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATRIX 27-1 MG TAB	3	
PRENATRYL 27-1 MG TAB	3	
PREPLUS 27-1 MG TAB	3	
PRETAB PRE29-1 MG	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRIMACARE 30-1-470 MG CAP	3	
PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP	3	
SE-NATAL 19 -19 29-1 MG CHEW TAB, -19 29-1 MG TAB	3	
SELECT-OB -29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, -29-1 MG CHEW TAB	3	
SELECT-OB+DHA -29-1 & 250 MG MISC	3	
SODIUM FLUORIDE SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB	2	
THRIVITE RX 29-1 MG TAB	3	
TRICARE TAB	3	
TRINATAL RX 1 60-MG TAB	3	
TRINATE TAB	3	
TRINAZ 12-1 MG TAB	3	
TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
TRIVEEN-DUO DHA -29-1-200 & 300 MG MISC	3	
VINATE II 29-1 MG TAB	3	
VINATE ONE 60-1 MG TAB	3	
VIRT-NATE DHA -28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB	3	
VITAFOL ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa por al ver la página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAFOL-NANO -18-0.6-0.4 MG TAB	3	
VITAFOL-OB - TAB	3	
VITAFOL-OB+DHA -65-1 & 250 MG MISC	3	
VITAFOL-ONE -29-1-200 MG CAP	3	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 30-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAMEDMD REDICHEW RX 1.4 MG TAB	3	
VITAPEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
VITATRUE 30-1.4 & 300 MG MISC	3	
VIVA DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VP-PNV-DHA --28-1-215.8 MG CAP	3	
WESNATAL DHA COMPLETE 29-1- 200 & 200 MG MISC	3	
WESNATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
WESTAB PLUS WES27-1 MG	3	
WESTGEL DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
ZALVIT 13-1 MG TAB	3	
ZIPHEX 13-1 MG TAB	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas

AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar

BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

Índice de medicamentos

A		aliskiren fumarate.....	43	amphetamine-	
		allopurinol.....	100	dextroamphetamine.....	48
abacavir sulfate.....	10	ALOGLIPTIN BENZOATE.....	85	AMPHOTERICIN B.....	7
abacavir sulfate-lamivudine..	10	ALOGLIPTIN-METFORMIN		amphotericin b liposome.....	7
ABILIFY ASIMTUFII.....	60	HCL.....	85	ampicillin.....	1
ABILIFY MANTENA.....	60	ALOGLIPTIN-		AMPICILLIN SODIUM.....	1
abiraterone acetate.....	16	PIOGLITAZONE.....	85	ampicillin-sulbactam sodium....	1
ABRYSVO.....	27	alosetron hcl.....	78	anagrelide hcl.....	33
acamprosate calcium.....	99	ALPHAGAN P.....	77	anastrozole.....	94
acarbose.....	85	alprazolam.....	58	ANORO ELLIPTA.....	29
accutane.....	110	alprazolam er.....	58	APLENZIN.....	60
acebutolol hcl.....	38	ALPRAZOLAM INTENSOL....	58	apomorphine hcl.....	56
acetaminophen-codeine.....	45	alprazolam xr.....	58	APRACLONIDINE HCL.....	78
acetazolamide.....	101	ALTOPREV.....	37	aprepitant.....	79
acetazolamide er.....	101	ALTRENO.....	110	apri.....	90
acetic acid.....	78	ALUNBRIG.....	16	APTIOM.....	50
acetylcysteine.....	100	amantadine hcl.....	10	APTIVUS.....	10
acitretin.....	110	ambrisentan.....	106	AQ INSULIN SYRINGE.....	114
ACTHIB.....	27	amikacin sulfate.....	1	AQINJECT PEN NEEDLE.....	114
ACTIMMUNE.....	102	amiloride hcl.....	70	AQNEURSA.....	103
acyclovir.....	10,106	AMILORIDE-		aranelle.....	90
acyclovir sodium.....	10	HYDROCHLOROTHIAZIDE..	70	ARANESP (ALBUMIN FREE).....	35
ADACEL.....	26	amiodarone hcl.....	41	ARCALYST.....	103
adapalene.....	110	amitriptyline hcl.....	60	AREXVY.....	27
adapalene-benzoyl		AMJEVITA.....	101	arformoterol tartrate.....	32
peroxide.....	110	amlodipine besy-benazepril		ARIKAYCE.....	1
ADBRY.....	110	hcl.....	40	aripiprazole.....	60,61
adefovir dipivoxil.....	10	amlodipine besylate.....	40	ARISTADA.....	61
ADEMPAS.....	106	amlodipine besylate-valsartan	40	ARISTADA INITIO.....	61
agoneaze.....	112	amlodipine-atorvastatin.....	37	armodafinil.....	48
AJOVY.....	55	amlodipine-olmesartan.....	40	ARNUITY ELLIPTA.....	75
ak-poly-bac.....	74	ammonium lactate.....	110	ascomp-codeine.....	45
AKEEGA.....	16	amnestem.....	110	asenapine maleate.....	61
albendazole.....	1	amoxapine.....	60	ASMANEX (120 METERED	
albuterol sulfate.....	32	AMOXICILL-CLARITHRO-		DOSES).....	83
albuterol sulfate hfa.....	32	LANSOPRAZ.....	1	ASMANEX (30 METERED	
ALBUTEROL SULFATE HFA32		amoxicillin.....	1	DOSES).....	83
alclometasone dipropionate.	108	amoxicillin-pot clavulanate.....	1	ASMANEX (60 METERED	
ALECENSA.....	16	amphetamine-dextroamphet		DOSES).....	83
alendronate sodium.....	100	er.....	48	ASMANEX HFA.....	83
alfuzosin hcl er.....	31			aspirin-dipyridamole er.....	45

ASSURE ID INSULIN SAFETY	balsalazide disodium	79	bis subcit-metronid-tetracyc	80
SYR	BALVERSA	114	bismuth/metronidaz/tetracyclin	80
ASTAGRAF XL	balziva	102	bisoprolol fumarate	39
ATABEX EC	BAQSIMI ONE PACK	116	bisoprolol-hydrochlorothiazide	39
atazanavir sulfate	BAQSIMI TWO PACK	10	BIVIGAM	25
atenolol	BARACLUDE	39	blisovi fe 1.5/30	90
atenolol-chlorthalidone	BAXDELA	39	BOOSTRIX	26
atomoxetine hcl	BCG VACCINE	59	bosentan	106
atorvastatin calcium	BD PEN NEEDLE NANO	37	BOSULIF	16
atovaquone	U/F	9	BRAFTOVI	16
atovaquone-proguanil hcl	BD SAFETYGLIDE INSULIN	9	BREO ELLIPTA	32
ATROVENT HFA	SYRINGE	29	brey-na	32
AUGTYRO	BELSOMRA	16	BREZTRI AEROSPHERE	29
AUSTEDO	benazepril hcl	68	briellyn	90
AUSTEDO XR	benazepril-	68	BRILINTA	33
AUSTEDO XR PATIENT	hydrochlorothiazide		brimonidine tartrate	77
TITRATION	BENLYSTA	68	brinzolamide	77
AUVELITY	benzoyl peroxide-	61	BRIVIACT	50
AUVI-Q	erythromycin	32	bromfenac sodium (once-daily)	75
aviane	benztropine mesylate	90	bromocriptine mesylate	56
AYVAKIT	bepotastine besilate	16	BRONCHITOL	106
AZASITE	BESIVANCE	74	BRONCHITOL TOLERANCE	
azathioprine	BESREMI	102	TEST	106
azelaic acid	betaine	110	BRUKINSA	16
azelastine hcl	betamethasone dipropionate	77	budesonide	83
azelastine-fluticasone	betamethasone dipropionate	105	budesonide er	79
AZELEX	aug	110	budesonide-formoterol	
AZESCHEW	betamethasone valerate		fumarate	32
PRENATAL/POSTNATAL	betaxolol hcl	116	bumetanide	70
AZESCO	BETAXOLOL HCL	116	buprenorphine	46
azithromycin	bethanechol chloride	2	buprenorphine hcl	46
aztreonam	BETOPTIC-S	2	buprenorphine hcl-naloxone	
azurette	BEVESPI AEROSPHERE	90	hcl	46
	bexarotene		bupropion hcl	61
	BEXSERO	16,110	bupropion hcl er (smoking det)	61
bac	bicalutamide	46	bupropion hcl er (sr)	61
bacitra-neomycin-polymyxin-	BICILLIN C-R		bupropion hcl er (xl)	61
hc	BICILLIN C-R 900/300	74	buspirone hcl	58
BACITRACIN	BICILLIN L-A	74	butalbital-apap-caff-cod	46
bacitracin-polymyxin b	BIKTARVY	74	butalbital-apap-caffeine	46
baclofen	bimatoprost	31	butalbital-asa-caff-codeine	46

B

butalbital-aspirin-caffeine	46	cefixime	3	CITRANATAL HARMONY	116
C		cefoxitin sodium	3	CITRANATAL RX	116
C-NATE DHA	116	cefpodoxime proxetil	3	claravis	111
cabergoline	56	cefprozil	3	clarithromycin	3
CABLIVI	33	ceftazidime	3	clarithromycin er	3
CABOMETYX	16	ceftriaxone sodium	3	CLENPIQ	80
calcipotriene	111	cefuroxime axetil	3	CLEOCIN	107
calcipotriene-betameth		cefuroxime sodium	3	clindamycin hcl	3
diprop	108,109	celecoxib	46	clindamycin palmitate hcl	3
calcitonin (salmon)	97	cephalexin	3	clindamycin phos-benzoyl	
CALCITRIOL	111	cetirizine hcl	16	perox	107
calcitriol	115	cevimeline hcl	30	clindamycin phosphate	107
CALQUENCE	17	CHEMET	82	clindamycin phosphate in d5w	3
camila	90	CHENODAL	81	CLINIMIX E/DEXTROSE	
candesartan cilexetil	43	chlorhexidine gluconate	74	(2.75/5)	69
candesartan cilexetil-hctz	43	chloroquine phosphate	9	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPLYTA	61	chlorpromazine hcl	61	(4.25/10)	69
CAPRELSA	17	CHLORPROMAZINE HCL	61	CLINIMIX E/DEXTROSE	
captopril	43	chlorthalidone	70	(4.25/5)	69
carbamazepine	50	CHOLBAM	82	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine er	50	cholestyramine	37	(5/15)	69
carbidopa	56	cholestyramine light	37	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARBIDOPA-LEVODOPA	56	CIBINQO	111	(5/20)	69
carbidopa-levodopa er	56	ciclopirox	107	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa-		ciclopirox olamine	107	(8/10)	69
entacapone	57	cilostazol	33	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carglumic acid	69	CILOXAN	74	(8/14)	69
carisoprodol	31	CIMDUO	10	CLINIMIX/DEXTROSE	
CARTEOLOL HCL	39	cimetidine	80	(4.25/10)	69
cartia xt	40	cinacalcet hcl	97	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	69
carvedilol	39	CIPRO HC	74	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	69
carvedilol phosphate er	39	ciprofloxacin hcl	3,74	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	70
caspofungin acetate	7	ciprofloxacin in d5w	3	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	70
CAYSTON	2	ciprofloxacin-dexamethasone	74	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	70
CEFACLOR	2	citalopram hydrobromide	61	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	70
CEFACLOR ER	2	CITALOPRAM		clinisol sf	70
cefadroxil	2	HYDROBROMIDE	61	clobazam	50
cefazolin sodium	2	CITRANATAL 90 DHA	116	clobetasol prop emollient	
cefdinir	2	CITRANATAL ASSURE	116	base	109
cefepime hcl	2	CITRANATAL B-CALM	116	clobetasol propionate	109
		CITRANATAL DHA	116	clobetasol propionate e	109

clomipramine hcl.....	61	cyclobenzaprine hcl.....	31	DESVENLAFAXINE ER.....	62
clonazepam.....	50	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	17	desvenlafaxine succinate er....	62
clonidine.....	42	cyclosporine.....	75,102	dexamethasone.....	83
clonidine hcl.....	42	cyclosporine modified...	102,103	DEXAMETHASONE.....	83
clonidine hcl er.....	42	cyproheptadine hcl.....	15	DEXAMETHASONE SODIUM	
clopidogrel bisulfate.....	33	CYSTADROPS.....	78	PHOSPHATE.....	75
clorazepate dipotassium.....	58	CYSTAGON.....	104	dexmethylphenidate hcl er....	48
clotrimazole.....	107	CYSTARAN.....	78	dextroamphetamine sulfate....	48
clotrimazole-				dextroamphetamine sulfate er.	48
betamethasone.....	107	D		dextrose.....	70
clozapine.....	62	dabigatran etexilate mesylate.	33	dextrose-sodium chloride.....	72
CO-NATAL FA.....	116	dalfampridine er.....	104	DIACOMIT.....	50
COARTEM.....	9	DALVANCE.....	4	diazepam.....	58
COBENFY.....	62	danazol.....	84	diazepam intensol.....	58
COBENFY STARTER PACK.....	62	dantrolene sodium.....	31	diazoxide.....	90
colchicine.....	100	DANZITEN.....	17	diclofenac potassium.....	46
colchicine-probenecid.....	73	dapsone.....	8,111	diclofenac potassium(migraine)	46
colesevelam hcl.....	37	DAPTACEL.....	26	diclofenac sodium.....	46,75,109
colestipol hcl.....	37	daptomycin.....	4	diclofenac sodium er.....	46
colistimethate sodium (cba)...	3	darifenacin hydrobromide er.	113	dicloxacillin sodium.....	4
COMBIGAN.....	77	darunavir.....	10	dicyclomine hcl.....	29
COMBIVENT RESPIMAT.....	29	dasatinib.....	17	DIFICID.....	4
COMETRIQ (100 MG DAILY		DAURISMO.....	17	diflunisal.....	46
DOSE).....	17	deferasirox.....	82,83	difluprednate.....	75
COMETRIQ (140 MG DAILY		deferasirox granules.....	83	digoxin.....	42
DOSE).....	17	deferiprone.....	83	dihydroergotamine mesylate...	31
COMETRIQ (60 MG DAILY		DELSTRIGO.....	10	DILANTIN.....	50
DOSE).....	17	DEPO-ESTRADIOL.....	94	DILANTIN INFATABS.....	50
COMPLERA.....	10	DEPO-SUBQ PROVERA.....	104,97	DILANTIN-125.....	50
COMPLETE NATAL DHA.....	116	depo-testosterone.....	84	dilt-xr.....	40
COMPLETENATE.....	116	dermacinrx empricaine.....	112	diltiazem hcl.....	40
compro.....	62	DERMACINRX PRETRATE.....	116	diltiazem hcl er.....	40
constulose.....	69	dermacinrx prizopak.....	112	diltiazem hcl er beads.....	40
COPIKTRA.....	17	DESCOVY.....	10	diltiazem hcl er coated beads..	40
CORLANOR.....	41	desipramine hcl.....	62	dimethyl fumarate.....	102
COTELLIC.....	17	desloratadine.....	16	dimethyl fumarate starter	
CREON.....	81	desmopressin ace spray refrig	97	pack.....	102
CRINONE.....	97	desmopressin acetate.....	97	DIPENTUM.....	79
cromolyn sodium.....	105	desogestrel-ethinyl estradiol..	90	diphenoxylate-atropine.....	29
CROMOLYN SODIUM.....	105	desonide.....	109	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	29
cryselle-28.....	90	desoximetasone.....	109	disulfiram.....	100

DIURIL.....	70	efavirenz-emtricitab-tenofo df. 11	erythrocin lactobionate.....	4
divalproex sodium.....	51	efavirenz-lamivudine-tenofovir 11	erythromycin.....	4,74,107
divalproex sodium er.....	51	eletriptan hydrobromide.....	erythromycin base.....	4
dofetilide.....	42	ELIGARD.....	erythromycin ethylsuccinate.....	4
dolishale.....	90	ELIQUIS.....	erythromycin lactobionate.....	4
donepezil hcl.....	30	ELIQUIS DVT/PE STARTER	escitalopram oxalate.....	62
DOPTelet.....	35	PACK.....	esomeprazole magnesium.....	80
dorzolamide hcl.....	77	ELMIRON.....	ESSENTRA WIPES 9X9".....	114
dorzolamide hcl-timolol mal. 77		eluryng.....	estarylla.....	91
dorzolamide hcl-timolol mal		EMGALITY.....	estradiol.....	94,95
pf.....	77	EMGALITY (300 MG DOSE).....	estradiol-norethindrone acet... 91	
dotti.....	94	EMSAM.....	eszopiclone.....	58
DOVATO.....	11	emtricitabine.....	ethacrynic acid.....	70
doxazosin mesylate.....	37	emtricitabine-tenofovir df..... 11	ethambutol hcl.....	8
doxepin hcl.....	62	EMTRIVA.....	ethosuximide.....	51
doxercalciferol.....	116	enalapril maleate.....	ethynodiol diac-eth estradiol... 91	
doxy 100.....	4	enalapril-hydrochlorothiazide. 43	etodolac.....	46
doxycycline hyclate.....	4	ENGERIX-B.....	etodolac er.....	46,47
doxycycline monohydrate..... 4		enilloring.....	etonogestrel-ethinyl estradiol... 91	
DRIZALMA SPRINKLE.....	62	enoxaparin sodium.....	etravirine.....	11
dronabinol.....	79	ENSPRYNG.....	EUCRISA.....	109
DROPSAFE SAFETY		ENSTILAR.....	euthyrox.....	98
SYRINGE/NEEDLE.....	114	entacapone.....	EVENITY.....	100
drospiren-eth estrad-		entecavir.....	everolimus.....	17
levomefol.....	90	ENTRESTO.....	EVOTAZ.....	11
drospirenone-ethinyl		enulose.....	exemestane.....	95
estradiol.....	91	ENVARsus XR.....	ezetimibe.....	37
droxidopa.....	32	EPIDIOLEX.....	ezetimibe-simvastatin.....	37
DUAVEE.....	94	EPINEPHRINE.....		
DUET DHA 400.....	116	epinephrine.....	F	
DUET DHA BALANCED.....	116	epitol.....	famciclovir.....	11
duloxetine hcl.....	62	eplerenone.....	famotidine.....	80
DUPIXENT.....	111	EPOGEN.....	FANAPT.....	62
dutasteride.....	99	EPRONTIA.....	FANAPT TITRATION PACK.....	63
dutasteride-tamsulosin hcl... 31		EQUETRO.....	FARXIGA.....	85
E		ERIVEDGE.....	FASENRA.....	105
econazole nitrate.....	107	ERLEADA.....	FASENRA PEN.....	105
EDARBYCLOR.....	43	erlotinib hcl.....	febuxostat.....	100
EDURANT.....	11	errin.....	felbamate.....	51
efavirenz.....	11	ertapenem sodium.....	felodipine er.....	40
		ERY.....	FEMRING.....	95

fenofibrate	37	flurbiprofen	47	GAMMAPLEX	26
fenofibrate micronized	37	FLURBIPROFEN SODIUM	76	GAMUNEX-C	26
fenofibric acid	38	fluticasone propionate	76,109	GARDASIL 9	27
fenopropfen calcium	47	FLUTICASONE PROPIONATE		gatifloxacin	74
fentanyl	47	DISKUS	76	GAVILYTE-C	80
FERRIPROX	83	FLUTICASONE PROPIONATE		gavilyte-g	80
fesoterodine fumarate er	113	HFA	76	gavilyte-n with flavor pack	80
FETZIMA	63	fluticasone-salmeterol	32	GAVRETO	18
FETZIMA TITRATION	63	FLUTICASONE-		gefitinib	18
FILSPARI	104	SALMETEROL	32,33	gemfibrozil	38
FILSUVEZ	111	fluvastatin sodium	38	GEMTESA	113
FINACEA	111	fluvoxamine maleate	63	generlac	69
finasteride	99	fluvoxamine maleate er	63	gengraf	103
ingolimod hcl	102	FML FORTE	76	GENOTROPIN	98
FINTEPLA	51	fondaparinux sodium	34	GENOTROPIN MINISQUICK	97
FIRDAPSE	104	formoterol fumarate	33	GENTAMICIN IN SALINE	5
FIRMAGON	96	fosamprenavir calcium	11	gentamicin sulfate	5,74,107
FIRMAGON (240 MG DOSE)	96	fosfomycin tromethamine	15	GENVOYA	11
FIRVANQ	5	fosinopril sodium	43	GILOTRIF	18
FLAREX	75	fosinopril sodium-hctz	43	glatiramer acetate	102
flavoxate hcl	113	FOTIVDA	18	glatopa	102
flecainide acetate	42	frovatriptan succinate	55	GLEOSTINE	18
fluconazole	7	FRUZAQLA	18	glimepiride	85
fluconazole in sodium chloride	7	FULPHILA	35	glipizide	85
flucytosine	7	furosemide	42,70	glipizide er	85
fludrocortisone acetate	83	FUROSEMIDE	70	glipizide xl	85
flunisolide	76	FUZEON	11	glipizide-metformin hcl	85
fluocinolone acetonide	76,109	fyavolv	91	GLUCAGON EMERGENCY	90
fluocinolone acetonide scalp	109	FYCOMPA	51	glyburide-metformin	85
fluocinonide	109	FYLNETRA	35	glycopyrrolate	29
fluocinonide emulsified		G			
base	109	gabapentin	51	GLYXAMBI	85
fluorometholone	76	galantamine hydrobromide	30	granisetron hcl	79
fluorouracil	111	GALANTAMINE		GRANIX	35
fluoxetine hcl	63	HYDROBROMIDE	30	griseofulvin microsize	7
FLUOXETINE HCL	63	galantamine hydrobromide er	30	griseofulvin ultramicrosize	7
FLUOXETINE HCL (PMDD)	63	gallifrey	91	guanfacine hcl er	59
fluphenazine decanoate	63	GAMMAGARD	25	H	
FLUPHENAZINE HCL	63	GAMMAGARD S/D LESS IGA	26	HADLIMA	101
fluphenazine hcl	63	GAMMAKED	26	HADLIMA PUSHTOUCH	101
				HAEGARDA	101

hailey 24 fe.....	91	hydroxyzine hcl.....	58	INSULIN ASPART PROT &	
halobetasol propionate.....	109	hydroxyzine pamoate.....	58	ASPART.....	86
haloette.....	91	HYFTOR.....	111	INSULIN DEGLUDEC.....	86
haloperidol.....	63			INSULIN DEGLUDEC	
haloperidol decanoate.....	63			FLEXTOUCH.....	86
haloperidol lactate.....	63	ibandronate sodium.....	100	INSULIN LISPRO.....	87
HAVRIX.....	27	IBRANCE.....	18	INSULIN LISPRO (1 UNIT	
heather.....	91	ibu.....	47	DIAL).....	87
HEMADY.....	83	ibuprofen.....	47	INSULIN LISPRO JUNIOR	
heparin sodium (porcine)....	34	icatibant acetate.....	101	KWIKPEN.....	87
heparin sodium (porcine) pf.	34	iclevia.....	91	INSULIN LISPRO PROT &	
HEPLISAV-B.....	27	ICLUSIG.....	18	LISPRO.....	87
HETLIOZ LQ.....	58	icosapent ethyl.....	38	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
HIBERIX.....	27	IDHIFA.....	18	100.....	114
HUMALOG.....	86	ILEVRO.....	76	INTELENCE.....	11
HUMALOG JUNIOR		imatinib mesylate.....	18	INTRAROSA.....	84
KWIKPEN.....	86	IMBRUVICA.....	18	introvale.....	91
HUMALOG KWIKPEN.....	86	imipenem-cilastatin.....	5	INVEGA HAFYERA.....	64
HUMALOG MIX 50/50.....	86	imipramine hcl.....	63	INVEGA SUSTENNA.....	64
HUMALOG MIX 50/50		imipramine pamoate.....	64	INVEGA TRINZA.....	64
KWIKPEN.....	86	imiquimod.....	111	IOPIDINE.....	78
HUMALOG MIX 75/25.....	86	IMKELDI.....	18	IPOL.....	27
HUMALOG MIX 75/25		IMOVAX RABIES.....	27	ipratropium bromide.....	29,78
KWIKPEN.....	86	IMPAVIDO.....	9	ipratropium-albuterol.....	29
HUMULIN R U-500		IMVEXXY MAINTENANCE		irbesartan.....	43
(CONCENTRATED).....	86	PACK.....	95	irbesartan-hydrochlorothiazide	43
HUMULIN R U-500		IMVEXXY STARTER PACK.....	95	ISENTRESS.....	11,12
KWIKPEN.....	86	INATAL GT.....	116	ISENTRESS HD.....	12
hydralazine hcl.....	42	INCRELEX.....	98	ISOLYTE-P IN D5W.....	70
hydrochlorothiazide.....	71	INCRUSE ELLIPTA.....	29	ISOLYTE-S PH 7.4.....	72
HYDROCODONE-		indapamide.....	71	isoniazid.....	8
ACETAMINOPHEN.....	47	indomethacin.....	47	isosorbide dinitrate.....	45
hydrocodone-acetaminophen	47	INFANRIX.....	26	isosorbide mononitrate.....	45
hydrocortisone.....	83,109,110	INLYTA.....	18	isosorbide mononitrate er.....	45
hydrocortisone (perianal)...	109	INQOVI.....	18	isotretinoin.....	111
HYDROCORTISONE ACE-		INREBIC.....	18	isradipine.....	40
PRAMOXINE.....	112	INSULIN ASP PROT & ASP		ISTURISA.....	104
hydrocortisone-acetic acid...	76	FLEXPEN.....	86	ITOVEBI.....	18,19
hydromorphone hcl.....	47	INSULIN ASPART.....	86	itraconazole.....	7,8
hydroxychloroquine sulfate...	9	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	86	ivabradine hcl.....	42
hydroxyurea.....	18	INSULIN ASPART PENFILL.....	86	ivermectin.....	1,107

IWILFIN.....	19	KISQALI (400 MG DOSE).....	19	LAZCLUZE.....	19
IXCHIQ.....	27	KISQALI (600 MG DOSE).....	19	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR...12	
IXIARO.....	27	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	19	leflunomide.....	101
J		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	19	lenalidomide.....	19
JAKAFI.....	19	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	19	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	19
jantoven.....	34	DOSE).....	19	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	19
JANUMET.....	87	klayesta.....	107	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	19
JANUMET XR.....	87	klor-con.....	72	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	19
JANUVIA.....	87	klor-con 10.....	72	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	20
JARDIANCE.....	87	klor-con m10.....	72	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	20
jasmiel.....	91	klor-con m15.....	72	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	20
JAYPIRCA.....	19	klor-con m20.....	72	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	20
JENTADUETO.....	87	KOSELUGO.....	19	lessina.....	91
JENTADUETO XR.....	87	KOSHER PRENATAL PLUS.....	20	letrozole.....	95
jinteli.....	91	IRON.....	116	leucovorin calcium.....	100
JULUCA.....	12	kourzeq.....	76	LEUKINE.....	35
junel 1.5/30.....	91	KRAZATI.....	19	leuprolide acetate.....	96
junel 1/20.....	91	KRINTAFEL.....	9	LEUPROLIDE ACETATE.....	96
junel fe 1.5/30.....	91	L		levalbuterol hcl.....	33
junel fe 1/20.....	91	l-glutamine.....	104	LEVOBUNOLOL HCL.....	78
junel fe 24.....	91	labetalol hcl.....	39	levocetirizine dihydrochloride..	16
JUXTAPID.....	38	lacosamide.....	51,52	levofloxacin.....	5
JYNARQUE.....	71	lactulose.....	69	levofloxacin in d5w.....	5
JYNNEOS.....	27	lactulose encephalopathy.....	69	levonest.....	92
K		LAMICTAL ODT.....	52	levonorg-eth estrad triphasic...92	
KALYDECO.....	106	lamivudine.....	12	levonorgest-eth estrad 91-day..	92
kariva.....	91	lamivudine-zidovudine.....	12	levonorgestrel-ethinyl estrad...92	
kcl in dextrose-nacl.....	72	lamotrigine.....	52	levora 0.15/30 (28).....	92
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	72	lamotrigine er.....	52	levothyroxine sodium.....	98
kelnor 1/35.....	91	lamotrigine starter kit-blue....	52	levoxyl.....	99
kelnor 1/50.....	91	lamotrigine starter kit-green....	52		
KERENDIA.....	44	lamotrigine starter kit-orange...52			
ketoconazole.....	8,107	LAMPIT.....	9		
ketorolac tromethamine.....	76	lansoprazole.....	80		
KEVEYIS.....	101	LANTUS.....	87		
KINRIX.....	26	LANTUS SOLOSTAR.....	87		
kionex.....	71	lapatinib ditosylate.....	19		
KISQALI (200 MG DOSE).....	19	latanoprost.....	78		

LIBERVANT.....	53	LUPKYNIS.....	103	megestrol acetate.....	97,98
lidocaine.....	112	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	96	MEKINIST.....	20
lidocaine viscous hcl.....	112	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	96	MEKTOVI.....	20
lidocaine-prilocaine.....	112	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	96	meloxicam.....	47
lidocan.....	112	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	96	memantine hcl.....	59
LILETTA (52 MG).....	92	LUPRON DEPOT-PED (1-		memantine hcl er.....	59
linezolid.....	5	MONTH).....	96	MENACTRA.....	27
LINZESS.....	82	LUPRON DEPOT-PED (3-		MENQUADFI.....	27
liothyronine sodium.....	99	MONTH).....	96	MENVEO.....	28
lisdexamfetamine dimesylate	49	lurasidone hcl.....	64	mercaptopurine.....	20
lisinopril.....	44	lutera.....	92	meropenem.....	5
lisinopril-hydrochlorothiazide	44	LYBALVI.....	65	merzee.....	92
lithium.....	64	lyleq.....	92	mesalamine.....	79
lithium carbonate.....	64	lyllana.....	95	mesalamine er.....	79
lithium carbonate er.....	64	LYNPARZA.....	20	MESNEX.....	104
livixil pak.....	112	LYSODREN.....	20	metaxalone.....	31
LIVTENCITY.....	12	LYTGOBI (12 MG DAILY		metformin hcl.....	87
LO LOESTRIN FE.....	92	DOSE).....	20	metformin hcl er.....	87
loestrin 1.5/30 (21).....	92	LYTGOBI (16 MG DAILY		methadone hcl.....	47
loestrin 1/20 (21).....	92	DOSE).....	20	methazolamide.....	78
loestrin fe 1.5/30.....	92	LYTGOBI (20 MG DAILY		methenamine hippurate.....	15
loestrin fe 1/20.....	92	DOSE).....	20	methimazole.....	99
lofexidine hcl.....	33	M		methocarbamol.....	31
LOKELMA.....	71			methotrexate sodium.....	21
LONSURF.....	20	M-M-R II.....	27	METHOTREXATE SODIUM.....	21
loperamide hcl.....	79	M-NATAL PLUS.....	117	methotrexate sodium (pf).....	21
lopinavir-ritonavir.....	12	MAGELLAN INSULIN SAFETY		METHOXSALLEN RAPID.....	111
lorazepam.....	58	SYR.....	114	methscopolamine bromide.....	29
lorazepam intensol.....	59	magnesium sulfate.....	53	methsuximide.....	53
LORBRENA.....	20	MARATHON MEDICAL		methylphenidate.....	49
loryna.....	92	PENTIPS.....	115	methylphenidate hcl.....	49
losartan potassium.....	44	maraviroc.....	12	methylphenidate hcl er.....	49
losartan potassium-hctz.....	44	marlissa.....	92	methylphenidate hcl er (cd).....	49
LOTEMAX.....	76	MARPLAN.....	65	methylphenidate hcl er (la).....	49
LOTEMAX SM.....	76	MATULANE.....	20	methylphenidate hcl er (osm).....	49
loteprednol etabonate.....	76	matzim la.....	40	methylprednisolone.....	84
lovastatin.....	38	MAVYRET.....	12	METOCLOPRAMIDE HCL.....	82
loxapine succinate.....	64	MAXIDEX.....	76	metoclopramide hcl.....	82
lubiprostone.....	82	MECLOFENAMATE SODIUM	47	metolazone.....	71
LUMAKRAS.....	20	medroxyprogesterone acetate	97	metoprolol succinate er.....	39
LUMIGAN.....	78	mefloquine hcl.....	9	metoprolol tartrate.....	39

metoprolol-		MULTIPLE ELECTRO TYPE 1	NEONATAL PLUS.....	117
hydrochlorothiazide.....	39	PH 5.5.....	NERLYNX.....	21
metronidazole.....	9,107	mupirocin.....	NESTABS.....	117
metyrosine.....	104	mupirocin calcium.....	NESTABS DHA.....	117
mexiletine hcl.....	42	MYALEPT.....	NEULASTA.....	35
micafungin sodium.....	8	mycophenolate mofetil.....	NEUPOGEN.....	35
MICONAZOLE 3.....	107	mycophenolate sodium.....	NEVANAC.....	76
microgestin 1.5/30.....	92	mycophenolic acid.....	nevirapine.....	12
microgestin 1/20.....	92	MYFEMBREE.....	NEVIRAPINE.....	12
microgestin fe 1.5/30.....	92	MYRBETRIQ.....	nevirapine er.....	12
microgestin fe 1/20.....	92	N	NEXLETOL.....	38
midodrine hcl.....	33		NEXLIZET.....	38
mifepristone.....	87	na sulfate-k sulfate-mg sulf... ..	NEXPLANON.....	93
MIGLITOL.....	87	nabumetone.....	niacin er (antihyperlipidemic)...	38
mili.....	92	nadolol.....	nicardipine hcl.....	41
mimvey.....	92	nafcillin sodium.....	NICOTROL NS.....	30
minocycline hcl.....	5	nafrinse.....	nifedipine.....	41
minoxidil.....	43	naftifine hcl.....	nifedipine er.....	41
mirtazapine.....	65	NALOXONE HCL.....	nifedipine er osmotic release...	41
misoprostol.....	80	naloxone hcl.....	nilutamide.....	21
modafinil.....	49	naltrexone hcl.....	nimodipine.....	41
moexipril hcl.....	44	naproxen.....	NINLARO.....	21
MOLINDONE HCL.....	65	naproxen sodium.....	nisoldipine er.....	41
mometasone furoate.....	76,110	naratriptan hcl.....	nitazoxanide.....	9
MONOJECT INSULIN		NATACHEW.....	nitisinone.....	104
SYRINGE.....	115	NATALVIT.....	NITRO-BID.....	45
MONOJECT ULTRA		nateglinide.....	nitrofurantoin.....	15
COMFORT SYRINGE.....	115	NAYZILAM.....	nitrofurantoin macrocrystal....	15
montelukast sodium.....	105	nebivolol hcl.....	nitrofurantoin monohyd macro...	15
morphine sulfate.....	47	necon 0.5/35 (28).....	nitroglycerin.....	45
morphine sulfate er.....	47	NEFAZODONE HCL.....	NITROLINGUAL.....	45
MOTEGRITY.....	82	neomycin sulfate.....	NITYR.....	104
MOUNJARO.....	88	neomycin-bacitracin zn-	NIVESTYM.....	36
MOVANTIK.....	82	polymyx.....	NIZATIDINE.....	80
moxifloxacin hcl.....	5,74	neomycin-polymyxin-	norelgestromin-eth estradiol...	93
MOXIFLOXACIN HCL IN		dexameth.....	norethin ace-eth estrad-fe.....	93
NACL.....	5	NEOMYCIN-POLYMYXIN-	norethindron-ethinyl estrad-fe...	93
MRESVIA.....	28	GRAMICIDIN.....	norethindrone.....	93
MULPLETA.....	35	neomycin-polymyxin-hc.....	norethindrone acet-ethinyl est...	93
MULTAQ.....	42	NEONATAL + DHA.....	norethindrone acetate.....	93
MULTI-MAC.....	117	NEONATAL COMPLETE.....	norethindrone-eth estradiol....	93

norgestim-eth estrad	OB COMPLETE PREMIER..	117	oxycodone hcl.....	48		
triphasic.....	93	OB COMPLETE/DHA.....	117	oxycodone-acetaminophen....	48	
norgestimate-eth estradiol...	93	OBSTETRIX DHA.....	117	P		
NORPACE CR.....	42	OBSTETRIX EC.....	117			
nortrel 0.5/35 (28).....	93	OCTAGAM.....	26		pacerone.....	42
nortrel 1/35 (21).....	93	octreotide acetate.....	98		paliperidone er.....	65
nortrel 1/35 (28).....	93	ODEFSEY.....	12		PALYNZIQ.....	73
nortrel 7/7/7.....	93	ODOMZO.....	21		PANCREAZE.....	81
nortriptyline hcl.....	65	OFEV.....	105		PANRETIN.....	111
NORVIR.....	12	ofloxacin.....	6,75		pantoprazole sodium.....	80
NOVOLOG.....	88	OGSIVEO.....	21		paricalcitol.....	116
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OJEMDA.....	21		paroxetine hcl.....	65
RELION.....	88	OJJAARA.....	21	paroxetine hcl er.....	65	
NOVOLOG FLEXPEN.....	88	olanzapine.....	65	PAXLOVID (150/100).....	13	
NOVOLOG FLEXPEN		olanzapine-fluoxetine hcl....	65	PAXLOVID (300/100).....	13	
RELION.....	88	olmesartan medoxomil.....	44	pazopanib hcl.....	21	
NOVOLOG MIX 70/30.....	88	olmesartan medoxomil-hctz...	44	PEDIARIX.....	26	
NOVOLOG MIX 70/30		olmesartan-amlodipine-hctz...	41	PEDVAX HIB.....	28	
FLEXPEN.....	88	olopatadine hcl.....	77	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl...	81	
NOVOLOG MIX 70/30		omega-3-acid ethyl esters....	38	peg-3350/electrolytes.....	81	
RELION.....	88	omeprazole.....	80	peg-3350/electrolytes/ascorbat	81	
NOVOLOG PENFILL.....	88	OMNARIS.....	76	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c...	81	
NOVOLOG RELION.....	88	OMNITROPE.....	97,98	PEGASYS.....	13	
NOXAFIL.....	8	ondansetron.....	79	PEMAZYRE.....	21	
NUBEQA.....	21	ondansetron hcl.....	79	PEN NEEDLES.....	115	
NUPLAZID.....	65	ONUREG.....	21	PENBRAYA.....	28	
NURTEC.....	55	OPSUMIT.....	106	penciclovir.....	108	
NUTRILIPID.....	70	ORFADIN.....	104	penicillamine.....	83	
NUZYRA.....	5	ORGOVYX.....	96	PENICILLIN G POT IN		
nyamyc.....	108	ORIAHNN.....	95	DEXTROSE.....	6	
nylia 1/35.....	93	ORILISSA.....	96	penicillin g potassium.....	6	
nylia 7/7/7.....	93	ORKAMBI.....	106	PENICILLIN G SODIUM.....	6	
NYMALIZE.....	43	ORLADEYO.....	101	penicillin v potassium.....	6	
nystatin.....	8,108	ORSERDU.....	21	PENTACEL.....	26	
nystatin-triamcinolone.....	108	oseltamivir phosphate.....	13	pentamidine isethionate.....	9	
nystop.....	108	OSPHENA.....	95	PENTIPS.....	115	
NYVEPRIA.....	36	oxcarbazepine.....	53	pentoxifylline er.....	34	
O		oxcarbazepine er.....	53	PERINDOPRIL ERBUMINE.....	44	
		oxiconazole nitrate.....	108	perigard.....	75	
	OB COMPLETE ONE.....	117	oxybutynin chloride.....	113	permethrin.....	108
	OB COMPLETE PETITE.....	117	oxybutynin chloride er.....	113	perphenazine.....	65

PERSERIS.....	66	polymyxin b-trimethoprim.....	15	PRENATAL PLUS IRON.....	118
PERTZYE.....	81	POMALYST.....	22	PRENATAL PLUS	
phenelzine sulfate.....	66	portia-28.....	93	VITAMIN/MINERAL.....	118
phenobarbital.....	53	posaconazole.....	8	PRENATAL VITAMIN PLUS	
phenoxybenzamine hcl.....	31	potassium chloride.....	72,73	LOW IRON.....	118
phenytek.....	53	potassium chloride crys er.....	72	PRENATE DHA.....	118
phenytoin.....	53	potassium chloride er.....	73	PRENATE ELITE.....	118
phenytoin infatabs.....	53	potassium chloride in		PRENATE ENHANCE.....	118
phenytoin sodium extended.....	53	dextrose.....	73	PRENATE MINI.....	118
PHEXXI.....	104	potassium chloride in nacl.....	73	PRENATE PIXIE.....	118
PIFELTRO.....	13	potassium citrate er.....	73	PRENATE RESTORE.....	118
pilocarpine hcl.....	30,78	pramipexole dihydrochloride.....	57	PRENATRIX.....	118
pimecrolimus.....	111	pramipexole dihydrochloride		PRENATRYL.....	118
PIMOZIDE.....	66	er.....	57	PREPLUS.....	118
pindolol.....	39	prasugrel hcl.....	34	PRETAB.....	118
pioglitazone hcl.....	88	pravastatin sodium.....	38	PRETOMANID.....	8
pioglitazone hcl-glimepiride.....	88	praziquantel.....	1	prevalite.....	38
pioglitazone hcl-metformin		prazosin hcl.....	37	PREVYMIS.....	13
hcl.....	88	prednisolone.....	84	PREZCOBIX.....	13
piperacillin sod-tazobactam so	6	prednisolone acetate.....	77	PREZISTA.....	13
PIQRAY (200 MG DAILY		PREDNISOLONE SODIUM		PRIFTIN.....	8
DOSE).....	21	PHOSPHATE.....	77	prilovix.....	112
PIQRAY (250 MG DAILY		prednisolone sodium		prilovix lite.....	112
DOSE).....	21	phosphate.....	84	prilovix lite plus.....	112
PIQRAY (300 MG DAILY		prednisone.....	84	prilovix plus.....	112
DOSE).....	21	PREDNISONE.....	84	prilovix ultralite.....	113
pirfenidone.....	106	PREDNISONE INTENSOL.....	84	prilovix ultralite plus.....	113
PIRFENIDONE.....	106	pregabalin.....	53	PRIMACARE.....	119
piroxicam.....	48	PREGEN DHA.....	117	primaquine phosphate.....	10
pitavastatin calcium.....	38	PREMARIN.....	95	PRIMIDONE.....	53
PLASMA-LYTE 148.....	72	PREMASOL.....	70	primidone.....	53
PLASMA-LYTE A.....	72	PREMPHASE.....	95	PRIORIX.....	28
plenamine.....	70	PREMPRO.....	95	PRIVIGEN.....	26
PLENVU.....	81	PRENA 1 TRUE.....	117	PRO COMFORT PEN	
PNV OB+DHA.....	117	PRENA1.....	118	NEEDLES.....	115
PNV PRENATAL PLUS		PRENA1 PEARL.....	118	probenecid.....	73
MULTIVIT+DHA.....	117	PRENAISSANCE.....	118	prochlorperazine.....	66
PNV TABS 29-1.....	117	PRENAISSANCE PLUS.....	118	prochlorperazine maleate.....	66
PNV-DHA+DOCUSATE.....	117	PRENATAL.....	118	procto-med hc.....	110
PNV-SELECT.....	117	PRENATAL 19.....	118	proctosol hc.....	110
PODOFILOX.....	111	PRENATAL PLUS.....	118	proctozone-hc.....	110

progesterone.....	98	RADICAVA ORS.....	60	rivastigmine.....	30
PROGRAF.....	103	RADICAVA ORS STARTER KIT.....	60	rivastigmine tartrate.....	31
PROLIA.....	100	raloxifene hcl.....	95	rizatriptan benzoate.....	55
PROMACTA.....	36	ramelteon.....	59	ROCKLATAN.....	78
promethazine hcl.....	15	ramipril.....	44	roflumilast.....	113
PROMETHEGAN.....	15	ranolazine er.....	42	ropinirole hcl.....	57
propafenone hcl.....	42	rasagiline mesylate.....	57	ropinirole hcl er.....	57
propafenone hcl er.....	42	RASUVO.....	22	rosuvastatin calcium.....	38
propranolol hcl.....	39	reclipsen.....	93	ROTARIX.....	28
PROPRANOLOL HCL.....	39	RECOMBIVAX HB.....	28	ROTATEQ.....	28
propranolol hcl er.....	39	RECTIV.....	45	ROWASA.....	79
propylthiouracil.....	99	RELENZA DISKHALER.....	13	ROZLYTREK.....	22,23
PROQUAD.....	28	RELEUKO.....	36	RUBRACA.....	23
PROSOL.....	70	repaglinide.....	88	rufinamide.....	53
protriptyline hcl.....	66	REPATHA.....	38	RUKOBIA.....	14
PROVIDA OB.....	119	REPATHA PUSHTRONEX.....	38	RYDAPT.....	23
PULMOZYME.....	106	SYSTEM.....	38	RYTARY.....	57
PURIXAN.....	22	REPATHA SURECLICK.....	38	S	
pyrazinamide.....	8	RETACRIT.....	36	SAFYRAL.....	93
pyridostigmine bromide.....	30	RETEVMO.....	22	SANTYL.....	111
pyridostigmine bromide er.....	30	REVCovi.....	74	sapropterin dihydrochloride.....	104
pyrimethamine.....	10	REVLIMID.....	22	SAVAYSA.....	34
PYRUKYND.....	104	REVUFORJ.....	22	saxagliptin hcl.....	88
PYRUKYND TAPER PACK.....	104	REXULTI.....	66	saxagliptin-metformin er.....	88
Q		REYATAZ.....	13	SCEMBLIX.....	23
QELBREE.....	59,60	REYVOW.....	55	scopolamine.....	29
QINLOCK.....	22	REZDIFFRA.....	82	SE-NATAL 19.....	119
QNASL.....	77	REZLIDHIA.....	22	SECUADO.....	66
QNASL CHILDRENS.....	77	REZUROCK.....	103	SEGLUROMET.....	89
QUADRACEL.....	27	RHOPRESSA.....	78	SELECT-OB.....	119
quetiapine fumarate.....	66	RIBAVIRIN.....	13	SELECT-OB+DHA.....	119
quetiapine fumarate er.....	66	RIDAURA.....	101	selegiline hcl.....	57
quinapril hcl.....	44	rifabutin.....	8	SELZENTRY.....	14
QUINIDINE SULFATE.....	42	rifampin.....	9	SEREVENT DISKUS.....	33
quinine sulfate.....	10	riluzole.....	60	sertraline hcl.....	66,67
QULIPTA.....	55	risedronate sodium.....	100	SHINGRIX.....	28
R		risperidone.....	66	SIGNIFOR.....	98
RABAVERT.....	28	RISPERIDONE.....	66	sildenafil citrate.....	45
rabeprazole sodium.....	80	risperidone microspheres er.....	66	silodosin.....	31
		ritonavir.....	14	silver sulfadiazine.....	108

SIMBRINZA.....	78	STRIBILD.....	14	tamoxifen citrate.....	96
simvastatin.....	38	STRIVERDI RESPIMAT.....	33	tamsulosin hcl.....	31
sirolimus.....	103	SUCRAID.....	74	tarina 24 fe.....	93
SIRTURO.....	9	sucrafate.....	80	TARPEYO.....	84
SITAGLIPTIN.....	89	sulfacetamide sodium.....	75	TASIGNA.....	23
SITAGLIPTIN BASE-		sulfacetamide sodium (acne) 108		tasimelteon.....	59
METFORMIN HCL.....	89	SULFACETAMIDE-		TAVALISSE.....	34
SIVEXTRO.....	6	PREDNISOLONE.....	75	TAVNEOS.....	101
sodium chloride.....	73	sulfadiazine.....	6	tazarotene.....	111
SODIUM CHLORIDE.....	73	sulfamethoxazole-trimethoprim 6		TAZVERIK.....	23
sodium chloride (pf).....	73	sulfasalazine.....	6	TEFLARO.....	6
SODIUM FLUORIDE.....	119	sulindac.....	48	telmisartan.....	44
sodium phenylbutyrate.....	69	sumatriptan.....	55	TELMISARTAN-AMLODIPINE 41	
sodium polystyrene sulfonate 71		sumatriptan succinate.....	55	telmisartan-hctz.....	44
SOFOSBUVIR-		sumatriptan succinate refill... 55		temazepam.....	59
VELPATASVIR.....	14	sunitinib malate.....	23	TENIVAC.....	27
SOHONOS.....	31	SUNLENCA.....	14	tenofovir disoproxil fumarate... 14	
solifenacin succinate.....	113	SUNOSI.....	60	TEPMETKO.....	23
SOLQUA.....	89	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	81	terazosin hcl.....	37
SOLTAMOX.....	96	SURE COMFORT PEN		terbinafine hcl.....	8
SOMAVERT.....	98	NEEDLES.....	115	terbutaline sulfate.....	33
sorafenib tosylate.....	23	SYMLINPEN 120.....	89	terconazole.....	108
sotalol hcl.....	39,40	SYMLINPEN 60.....	89	teriflunomide.....	102
sotalol hcl (af).....	39	SYMPAZAN.....	54	TERIPARATIDE	
SPINOSAD.....	108	SYMPROIC.....	82	(RECOMBINANT).....	100
SPIRIVA HANDIHALER.....	29	SYMTUZA.....	14	testosterone.....	84,85
SPIRIVA RESPIMAT.....	29	SYNAREL.....	97	testosterone cypionate.....	85
spironolactone.....	44	SYNJARDY.....	89	TESTOSTERONE	
spironolactone-hctz.....	44	SYNJARDY XR.....	89	ENANTHATE.....	85
sprintec 28.....	93	SYNTHROID.....	99	tetrabenazine.....	68
SPRITAM.....	54			tetracycline hcl.....	6
SPS (SODIUM		T		THALOMID.....	102
POLYSTYRENE SULF).....	71	TABRECTA.....	23	theophylline er.....	114
sronyx.....	93	tacrolimus.....	103,111	thioridazine hcl.....	67
ssd.....	108	tadalafil.....	45	thiothixene.....	67
STEGLATRO.....	89	tadalafil (pah).....	45	THRIVITE RX.....	119
STELARA.....	101	TADLIQ.....	45	tiadylt er.....	41
STIMUFEND.....	36	TAFINLAR.....	23	tiagabine hcl.....	54
STIOLTO RESPIMAT.....	30	TAGRISSO.....	23	TIBSOVO.....	23
STIVARGA.....	23	TALTZ.....	101	TICOVAC.....	28
STREPTOMYCIN SULFATE.. 6		TALZENNA.....	23	tigecycline.....	6

tilia fe.....	93	tretinoin microsphere.....	112	turqoz.....	94
timolol maleate.....	40,78	tretinoin microsphere pump..	112	TWINRIX.....	28
timolol maleate (once-daily) ..	78	TREXALL.....	24	TYBOST.....	14
timolol maleate ocudose.....	78	tri-estarylla.....	94	TYENNE.....	101
timolol maleate pf.....	78	tri-legest fe.....	94	TYMLOS.....	100
tinidazole.....	10	tri-lo-estarylla.....	94	TYPHIM VI.....	28
TIROSINT-SOL.....	99	tri-lo-sprintec.....	94	TYRVAYA.....	77
TIVICAY.....	14	tri-sprintec.....	94	U	
TIVICAY PD.....	14	tri-vylibra lo.....	94	UBRELVY.....	56
tizanidine hcl.....	31	triamcinolone acetonide..	77,110	UDENYCA.....	36
TOBRADEX.....	75	triamterene.....	71	ULTICARE INSULIN SAFETY	
tobramycin.....	7,75	triamterene-hctz.....	71	SYR.....	115
tobramycin sulfate.....	7	triazolam.....	59	ULTILET INSULIN SYRINGE	115
tobramycin-dexamethasone..	75	TRICARE.....	119	ursodiol.....	81
TOBREX.....	75	tridacaine ii.....	113	UZEDY.....	67
tolcapone.....	57	triderm.....	110	V	
tolterodine tartrate.....	113	TRIENTINE HCL.....	83	valacyclovir hcl.....	14
tolterodine tartrate er.....	113	trifluoperazine hcl.....	67	VALCHLOR.....	112
tolvaptan.....	71	TRIFLURIDINE.....	75	valganciclovir hcl.....	14
topiramate.....	54	TRIHENXYPHENIDYL HCL....	57	valproic acid.....	54
toremifene citrate.....	96	trihexyphenidyl hcl.....	57	valsartan.....	44
torpenz.....	23	TRIJARDY XR.....	89	valsartan-hydrochlorothiazide..	44
torsemide.....	71	trimethoprim.....	15	VALTOCO 10 MG DOSE.....	59
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	89	trimipramine maleate.....	67	VALTOCO 15 MG DOSE.....	59
TOUJEO SOLOSTAR.....	89	TRINATAL RX 1.....	119	VALTOCO 20 MG DOSE.....	59
TPN ELECTROLYTES.....	73	TRINATE.....	119	VALTOCO 5 MG DOSE.....	59
TRADJENTA.....	89	TRINAZ.....	119	vancomycin hcl.....	7
tramadol hcl.....	48	TRINTELLIX.....	67	VANDAZOLE.....	108
tramadol hcl er.....	48	TRISTART DHA.....	119	VANFLYTA.....	24
tramadol-acetaminophen.....	48	TRIUMEQ.....	14	VAQTA.....	28
trandolapril.....	44	TRIUMEQ PD.....	14	varenicline tartrate.....	30
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIVEEN-DUO DHA.....	119	varenicline tartrate (starter)...	30
HCL ER.....	41	trivora (28).....	94	varenicline tartrate(continue)...	30
tranexamic acid.....	33	TROPHAMINE.....	70	VARIVAX.....	28
tranylcypromine sulfate.....	67	tropium chloride.....	113	VARUBI (180 MG DOSE).....	79
TRAVASOL.....	70	tropium chloride er.....	113	VAXCHORA.....	28
trazodone hcl.....	67	TRULICITY.....	89	VELIVET.....	94
TRECTOR.....	9	TRUMENBA.....	28	VELTASSA.....	71
TRELEGY ELLIPTA.....	30	TRUQAP.....	24	VEMLIDY.....	14
TRELSTAR MIXJECT.....	97	TUKYSA.....	24		
tretinoin.....	23,111,112	TURALIO.....	24		

VENCLEXTA.....	24	VIVA DHA.....	120	XERMELO.....	79
VENCLEXTA STARTING		VIVJOA.....	8	XGEVA.....	101
PACK.....	24	VIZIMPRO.....	24	XHANCE.....	77
VENLAFAXINE BESYLATE		VONJO.....	24	XIFAXAN.....	7
ER.....	67	VORANIGO.....	24	XIGDUO XR.....	90
venlafaxine hcl.....	68	voriconazole.....	8	XIIDRA.....	77
venlafaxine hcl er.....	68	VOSEVI.....	15	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	15
VENTOLIN HFA.....	33	VOXZOGO.....	104	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	15
verapamil hcl.....	41	VP-PNV-DHA.....	120	XOLAIR.....	105
verapamil hcl er.....	41	VRAYLAR.....	68	XOSPATA.....	25
VERQUVO.....	45	VTAMA.....	112	XPOVIO (100 MG ONCE	
VERSACLOZ.....	68	vylibra.....	94	WEEKLY).....	25
VERZENIO.....	24	VYNDAMAX.....	42	XPOVIO (40 MG ONCE	
vestura.....	94	VYNDAQEL.....	42	WEEKLY).....	25
vienva.....	94	VYZULTA.....	78	XPOVIO (40 MG TWICE	
vigabatrin.....	54	W		WEEKLY).....	25
vigadrone.....	54			XPOVIO (60 MG ONCE	
VIGAFYDE.....	54	WAKIX.....	49	WEEKLY).....	25
vigpoder.....	54	warfarin sodium.....	34	XPOVIO (60 MG TWICE	
VIJOICE.....	24	WEGOVY.....	90	WEEKLY).....	25
vilazodone hcl.....	68	WELIREG.....	24	XPOVIO (80 MG ONCE	
VINATE II.....	119	WESNATAL DHA		WEEKLY).....	25
VINATE ONE.....	119	COMPLETE.....	120	XPOVIO (80 MG TWICE	
VIOKACE.....	81	WESNATE DHA.....	120	WEEKLY).....	25
VIRACEPT.....	14	WESTAB PLUS.....	120	XTANDI.....	25
VIREAD.....	14,15	WESTGEL DHA.....	120	xulane.....	94
VIRT-NATE DHA.....	119	WINREVAIR.....	106	Y	
VITAFOL FE+.....	119	wixela inhub.....	33		
VITAFOL GUMMIES.....	119	X		YF-VAX.....	28
VITAFOL ULTRA.....	119			YORVIPATH.....	97
VITAFOL-NANO.....	120	XALKORI.....	24,25	yuvaferm.....	96
VITAFOL-OB.....	120	XARELTO.....	34	Z	
VITAFOL-OB+DHA.....	120	XARELTO STARTER PACK.....	34		
VITAFOL-ONE.....	120	XCOPRI.....	54	zafirlukast.....	105
VITAMEDMD ONE		XCOPRI (250 MG DAILY		zaleplon.....	59
RX/QUATREFOLIC.....	120	DOSE).....	54	ZALVIT.....	120
VITAMEDMD REDICHEW		XCOPRI (350 MG DAILY		ZARXIO.....	36
RX.....	120	DOSE).....	54	ZEJULA.....	25
VITAPEARL.....	120	XDEMVY.....	75	ZELAPAR.....	57
VITATRUE.....	120	XELJANZ.....	102	ZELBORAF.....	25
VITRAKVI.....	24	XELJANZ XR.....	102	zenatane.....	112

ZENPEP.....	82
ZEPBOUND.....	49
zidovudine.....	15
ZIEXTENZO.....	36
ZIPHEX.....	120
ziprasidone hcl.....	68
ziprasidone mesylate.....	68
ZIRGAN.....	75
ZOLINZA.....	25
zolmitriptan.....	56
zolpidem tartrate.....	59
zolpidem tartrate er.....	59
ZONISADE.....	55
zonisamide.....	55
ZORYVE.....	112
zovia 1/35 (28).....	94
zovia 1/35e (28).....	94
ZTALMY.....	55
ZURZUVAE.....	68
ZYDELIG.....	25
ZYKADIA.....	25
ZYLET.....	75



P.O. Box 30196
Salt Lake City, UT 84130-0196
855-442-9900 número gratuito Usuarios TTY: **711**
selecthealth.org/medicare

**Esta Lista de medicamentos recetados disponibles fue actualizada el
03/01/2025 .**

Para obtener información más reciente o formular otras preguntas, póngase en contacto con el Servicio para Miembros de Select Health llamando al **855-442-9900** (los usuarios de TTY deben llamar al **711**), durante las siguientes fechas y horas:

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

lunes a viernes de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

Días hábiles de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., domingos cerrado.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Le devolveremos la llamada en el plazo de un día hábil, o visite **selecthealth.org/medicare**.

Select Health es patrocinador de los planes HMO, PPO y SNP con un contrato con Medicare. La inscripción en Select Health Medicare depende de la renovación del contrato.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25015 Version 17