

SelectHealth Medicare | 2023

Idaho Essential Formulary

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Esta formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2023.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Este formulario es para los siguientes planes y áreas de servicio:

Idaho

SelectHealth Medicare Essential (HMO) 003

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 004

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 013

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 014

Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con SelectHealth Servicios al Miembros al, **855-442-9900** (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) durante las siguientes fechas y horarios:

El 1 de octubre al 31 marzo:

Lunes a viernes 7:00 a.m. to 8:00 p.m., el sábado y el domingo de 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

El 1 de abril al 30 de septiembre: Lunes a viernes 7:00 a.m. a 8:00 p.m., el sábado 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado el domingo.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro de un día hábil, o visite selecthealth.org/medicare.

Esta página dejada en blanco intencionadamente

SelectHealth Medicare

Formulario para 2023

Lista de medicamentos cubiertos

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 23048 Versión 29

© 2023 SelectHealth. reservados todos los derechos. 2132827 12/23

Y0165_2132827_v29_C

Servicios de interpretación multilingüe

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

SelectHealth obedece las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico o de dónde viene, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y / o condición de veterano.

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: 活 遑提供免费的服务，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** 活 畔 呼帕叔官佳鉅除 閨 彦詛匈 是一项免费服务。刈

Chinese Cantonese: 詛 嚟活猜畔 虚差 耘烏耿 鞦抬 揮門俄 警竣別 崛克活 猜 跔巷 禎畔 扞 咭 痲痲 匈 采 壑 扞 咭 旅 痲 別 燂 敌 躺 刈 **1-855-442-9900** 匈 活 猜 覺 呼 帕 畔 佳 笨 菠 臨 閨 崛 詛 跔 顧 彦 匈 痲 嘸 事 蒲 巷 禎 旅 痲 匈 刈

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. 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 Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-855-442-9900**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

1-855-442-9900

가

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медицинского 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 خدمت 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 सेवाएं 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 Italiano vi 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

Nota para los miembros actuales: este Formulario ha cambiado con respecto al año pasado. Revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de medicamentos (Formulario) menciona “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a SelectHealth. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a SelectHealth Advantage.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, **la cual está en vigencia desde el 01 de diciembre de 2023**. Comuníquese con nosotros para obtener un formulario actualizado. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Generalmente, debe concurrir a las farmacias de la red para usar el beneficio de medicamentos con receta. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/el coseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de SelectHealth Medicare?

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por SelectHealth con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran una parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad.

Normalmente, SelectHealth cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de SelectHealth Medicare y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la *Evidencia de cobertura*.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cobertura de los medicamentos ocurre el 1 de enero, pero se podrían agregar o quitar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones por parte de nosotros. Debemos seguir las normas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarlo este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cobertura durante el año:

- > **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas restricciones o menos. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado.

- > Si realizamos un cambio, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de SelectHealth Medicare?”.
- > **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Drogas y Alimentos considera que un medicamento de nuestro Formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y les notificaremos a los miembros que toman el medicamento en cuestión.
- > **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podríamos agregar un medicamento genérico que no sea nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentra en el Formulario; o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o a ambos. O podemos hacer cambios en función de las nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos autorizaciones previas, restricciones de límite de cantidad o de tratamiento escalonado sobre un medicamento o pasamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto, debemos notificarles a los miembros afectados por el cambio al menos **30 días** antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro del medicamento para **60 días**.
 - > Si realizamos estos otros cambios, usted o la persona autorizada a dar recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de SelectHealth Advantage?”.

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2023 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2023, excepto como se describe anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cobertura, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos miembros que estén tomándolos. No recibirá un aviso directo este año sobre cambios que no lo afectan. Sin embargo, dichos cambios lo afectarían a partir del 1 de enero del año siguiente, y es importante que verifique la Lista de medicamentos del nuevo año de beneficios por cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto entra en vigencia el 01 de diciembre de 2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por SelectHealth Advantage comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

En caso de cambios que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, SelectHealth 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 el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

El Formulario comienza en la **página 1**. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría Medicamentos cardiovasculares/Agentes hipotensores. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la **página 1**. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la **página 91**. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a 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?

SelectHealth Medicare cubre tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

- > **Autorización previa:** SelectHealth exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con SelectHealth

antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no obtiene autorización, es posible que SelectHealth no cubra el medicamento.

- > **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, SelectHealth limita la cantidad del medicamento que cubrirá SelectHealth. Por ejemplo, SelectHealth proporciona 60 por receta para lovastatin. Esto puede ser complementario a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- > **Tratamiento escalonado:** En algunos casos, SelectHealth requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que SelectHealth no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, SelectHealth cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la **página 1**. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado en línea documentos para explicar nuestra restricción de autorización previa y de tratamiento escalonado. También puede solicitarnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a SelectHealth que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “*¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de SelectHealth Medicare?*” en la **página vi** para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si el medicamento que toma no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios para los miembros y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que SelectHealth Medicare no cubre el medicamento que toma, tiene dos alternativas:

- > Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por SelectHealth Medicare. Cuando reciba la lista, muéstrasela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por SelectHealth Medicare.
- > Puede solicitar que SelectHealth haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de SelectHealth Medicare?

Puede solicitarle a SelectHealth que haga una excepción a nuestras normas de cobertura. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- > Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- > Puede pedirnos que cubramos un medicamento del Formulario a un nivel de costo compartido menor, a menos que el medicamento esté en el nivel de especialidad. Si se aprueba, esto reduciría el monto que debe pagar por su medicamento.
- > Puede pedirnos que no apliquemos restricciones o límites de cobertura para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, SelectHealth limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, SelectHealth solo aprobará su pedido de excepción si los medicamentos alternativos incluidos en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivos para tratar su afección o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cobertura para una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, nivel, o a la restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico o de la persona autorizada a dar recetas que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte de la persona autorizada a dar recetas. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de la decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la excepción, debemos comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de otra persona autorizada a dar recetas.

¿Qué debo hacer antes de hablar con mi médico sobre el cambio de los medicamentos que tomo o la solicitud de una excepción?

Como miembro nuevo o permanente de nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no están incluidos en el Formulario. También es posible que esté tomando un medicamento incluido en el Formulario, pero su capacidad de conseguirlo sea limitada. Por ejemplo, puede necesitar nuestra autorización previa antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe

consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el procedimiento adecuado para seguir en su caso, podemos cubrir su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros **90 días** en que usted sea miembro de nuestro plan.

Para cada uno de los medicamentos que no estén incluidos en el Formulario, o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporal para **30 días**. Si su receta está indicada para menos días, permitiremos que realice resurtidos por un máximo de hasta **30 días** del medicamento. Después del primer suministro para **30 días**, no seguiremos pagando estos medicamentos, incluso si ha sido miembro del plan durante menos de **90 días**.

Si es residente de un centro de atención a largo plazo y necesita un medicamento que no está en el Formulario o si su capacidad para conseguir los medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia del medicamento para **31 días** mientras solicita la excepción al formulario.

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 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 la cobertura para medicamentos con receta de SelectHealth Medicare, consulte la *Evidencia de cobertura* y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre SelectHealth, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

Formulario de SelectHealth Medicare

El Formulario que comienza en la siguiente **página 1** proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por SelectHealth Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 91**.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, ADVAIR y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (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 incluida en la columna de **Requisitos/límites** indica si SelectHealth tiene algún requisito especial para la cobertura del 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 periodo de tiempo específico.
- TE:** Requerimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica.
- BC:** Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento recetado en la etapa sin cobertura. Consulte nuestra *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre esta cobertura.
- AL:** 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.
- IH:** 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 8:00 a. m. a 8:00 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.
- Ci:** No pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

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 /Límites
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
ANTHELMINTICS		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	2	AP; NM
<i>ivermectin tablet 3mg</i>	2	NM
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	2	NM
URINARY ANTI-INFECTIVES		
<i>fosfomycin pow 3gm</i>	2	NM
<i>methenam hip tablet 1gm</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 100mg</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 25mg</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 50mg</i>	2	NM
<i>nitrofurantn capsule 100mg</i>	2	NM
<i>nitrofurantn suspension 25mg/5ml</i>	2	AP; NM
<i>polymyxin b/ solution trimethp</i>	1	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	1	NM
ANTIMYCOBACTERIALS		
<i>dapsone tablet 100mg</i>	2	NM
<i>dapsone tablet 25mg</i>	2	NM
<i>ethambutol tablet 100mg</i>	2	NM
<i>ethambutol tablet 400mg</i>	2	NM
<i>isoniazid tablet 100mg</i>	1	NM
<i>isoniazid tablet 300mg</i>	1	NM
PRETOMANID TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
PRIFTIN TABLET 150MG LC 32 cada 28 dia(s)	4	LC; NM
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	2	NM
RIFABUTIN CAPSULE 150MG	2	NM
<i>rifampin capsule 150mg</i>	1	NM
<i>rifampin capsule 300mg</i>	1	NM
<i>rifampin injectable 600mg</i>	2	IH; NM
SIRTURO TABLET 100MG LC 188 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
SIRTURO TABLET 20MG LC 1050 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
TRECATOR TABLET 250MG	4	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaq/progu tablet 250-100</i>	2	NM
<i>atovaq/progu tablet 62.5-25</i>	2	NM
<i>atovaquone suspension 750/5ml</i>	4	NM
BENZNIDAZOLE TABLET 100MG LC 240 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
BENZNIDAZOLE TABLET 12.5MG LC 720 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
<i>chloroquine tablet 250mg</i>	2	NM
<i>chloroquine tablet 500mg</i>	2	NM
COARTEM TABLET 20-120MG LC 24 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>hydroxychlor tablet 100mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 200mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 300mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 400mg</i>	1	NM
IMPAVIDO CAPSULE 50MG LC 84 cada 28 dia(s)	4	LC; AP; NM
KRINTAFEL TABLET 150MG LC 4 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
LAMPIT TABLET 120MG	4	AP; NM
LAMPIT TABLET 30MG	4	AP; NM
<i>mefloquine tablet 250mg</i> LC 5 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>metronidazol capsule 375mg</i>	2	NM
<i>metronidazol injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>metronidazol tablet 250mg</i>	1	NM
<i>metronidazol tablet 500mg</i>	1	NM
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i> LC 20 cada 10 dia(s)	2	LC; NM
<i>paromomycin capsule 250mg</i>	2	NM
<i>pentamidine inh 300mg</i>	2	BvsD; NM
<i>pentamidine injectable 300mg</i>	2	IH; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PRIMAQUINE TABLET 26.3MG	2	NM
quinine sulf capsule 324mg	2	NM
tinidazole tablet 250mg	2	NM
tinidazole tablet 500mg	2	NM
ANTIBACTERIALS		
amikacin injectable 500/2ml	2	IH; NM
amox/k clav chw 200mg	2	NM
amox/k clav chw 400mg	2	NM
amox/k clav suspension 200/5ml	1	NM
amox/k clav suspension 250/5ml	1	NM
amox/k clav suspension 400/5ml	1	NM
amox/k clav suspension 600/5ml	1	NM
amox/k clav tablet 250-125	1	NM
amox/k clav tablet 500-125	1	NM
amox/k clav tablet 875-125	1	NM
amoxicillin capsule 250mg	1	NM
amoxicillin capsule 500mg	1	NM
amoxicillin chw 125mg	2	NM
amoxicillin chw 250mg	2	NM
amoxicillin suspension 125/5ml	1	NM
amoxicillin suspension 200/5ml	1	NM
amoxicillin suspension 250/5ml	1	NM
amoxicillin suspension 400/5ml	1	NM
amoxicillin tablet 500mg	1	NM
amoxicillin tablet 875mg	1	NM
amp-sulbacta injectable 1-0.5gm	2	IH; NM
amp-sulbacta injectable 15gm	2	IH; NM
amp/sulbacta injectable 3gm	2	IH; NM
ampicillin capsule 500mg	1	NM
ampicillin injectable 10gm	2	IH; NM
ampicillin injectable 125mg	2	IH; NM
ampicillin injectable 1gm	2	IH; NM
ARIKAYCE SUSPENSION	5	LC; AP
LC 252 cada 30 dia(s)		
azithromycin injectable 500mg	1	IH; NM
AZITHROMYCIN POW 1GM	1	NM
PACKET		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
azithromycin suspension 100/5ml	1	NM
AZITHROMYCIN SUSPENSION 200/5ML	1	NM
azithromycin tablet 250mg	1	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
azithromycin tablet 500mg	1	NM
azithromycin tablet 600mg	1	NM
aztreonam injectable 1gm	2	IH; NM
aztreonam injectable 2gm	2	IH; NM
BAXDELA INJECTABLE 300MG	5	LC; AP; IH; NM
LC 28 cada 14 dia(s)		
BAXDELA TABLET 450MG	5	LC; AP; NM
LC 28 cada 14 dia(s)		
BICILLIN C-R INJECTABLE 1200000	4	NM
BICILLIN C-R INJECTABLE 900/300	4	NM
BICILLIN L-A INJECTABLE 1200000	4	NM
BICILLIN L-A INJECTABLE 2400000	4	NM
BICILLIN L-A INJECTABLE 600000	4	NM
CAYSTON INH 75MG	5	LC; AP; NM
LC 280 cada 30 dia(s)		
cefaclor capsule 250mg	1	NM
cefaclor capsule 500mg	1	NM
cefaclor er tablet 500mg	2	NM
cefadroxil capsule 500mg	1	NM
cefadroxil suspension 250/5ml	2	NM
cefadroxil suspension 500/5ml	2	NM
cefadroxil tablet 1gm	2	NM
cefazolin injectable 10gm	2	IH; NM
cefazolin injectable 1gm	2	IH; NM
cefazolin injectable 500mg	2	IH; NM
cefdinir capsule 300mg	1	NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cefdinir suspension 125/5ml</i>	1	NM
<i>cefdinir suspension 250/5ml</i>	1	NM
<i>cefepime injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>cefepime injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>cefixime capsule 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cefixime suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>cefixime suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>cefoxitin injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>cefoxitin injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>cefoxitin injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>cefprozil prox suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil prox suspension 50mg/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 100mg</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 200mg</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 500mg</i>	2	NM
<i>ceftazidime injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 6gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 250mg</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 1.5gm</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 750mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefuroxime tablet 500mg</i>	2	NM
<i>cephalexin capsule 250mg</i>	1	NM
<i>cephalexin capsule 500mg</i>	1	NM
<i>cephalexin suspension 125/5ml</i>	1	NM
<i>cephalexin suspension 250/5ml</i>	1	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cephalexin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>cephalexin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin injectable 200mg</i>	2	IH; NM
<i>ciprofloxacin tablet 100mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 750mg</i>	1	NM
<i>clarithromycin suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromycin suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromycin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>clarithromycin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>clarithromycin tablet 500mg er</i>	2	NM
<i>clindamycin/d5w injectable 300/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin/d5w injectable 600/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin/d5w injectable 900/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin capsule 150mg</i>	1	NM
<i>clindamycin capsule 300mg</i>	1	NM
<i>clindamycin capsule 75mg</i>	1	NM
<i>clindamycin injectable 300/2ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin injectable 600/4ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin injectable 900/6ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin solution 75mg/5ml</i>	2	NM
<i>colistimeth injectable 150mg</i>	2	IH; NM
<i>DALVANCE SOLUTION 500MG</i>	4	AP; IH; NM
<i>daptomycin injectable 500mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC; IH; NM
<i>daptomycin solution 350mg</i>	2	IH; NM
<i>dicloxacillin capsule 250mg</i>	3	NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dicloxacill capsule 500mg</i>	3	NM
DIFICID SUSPENSION LC 100 cada 10 dia(s)	5	LC; TE; NM
DIFICID TABLET 200MG LC 20 cada 10 dia(s)	5	LC; TE; NM
<i>doxy 100 injectable 100mg</i>	4	IH; NM
<i>doxycyc mono capsule 100mg</i>	2	NM
<i>doxycyc mono capsule 50mg</i>	2	NM
<i>doxycyc mono tablet 100mg</i>	2	NM
<i>doxycyc mono tablet 50mg</i>	2	NM
<i>doxycyc mono tablet 75mg</i>	2	NM
<i>doxycycl hyc capsule 100mg</i>	2	NM
<i>doxycycl hyc capsule 50mg</i>	2	NM
<i>doxycycl hyc tablet 100mg</i>	2	NM
<i>doxycycline suspension 25mg/5ml</i>	2	NM
<i>doxycycline tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ertapenem injectable 1gm</i>	2	IH; NM
ERYPED SUSPENSION 200/5ML	4	NM
ERYTHROCIN INJECTABLE 500MG	2	IH; NM
<i>erythrocine tablet 250mg</i>	3	NM
<i>erythrom eth suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>erythrom eth suspension 400/5ml</i>	2	
ERYTHROMYCIN CAPSULE 250MG EC	4	NM
<i>erythromycin tablet 250mg bs</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 250mg ec</i>	4	NM
<i>erythromycin tablet 333mg ec</i>	4	NM
<i>erythromycin tablet 500mg bs</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 500mg ec</i>	4	NM
FIRVANQ SOLUTION 25MG/ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC
FIRVANQ SOLUTION 50MG/ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>gentam/nacl injectable 100mg</i>	2	IH; NM
<i>gentam/nacl injectable 60mg</i>	2	IH; NM
<i>gentam/nacl injectable 80mg</i>	2	IH; NM
<i>gentam/nacl injectable 80mg</i>	2	IH; NM
<i>gentamicin injectable 40mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>imipenem/cil injectable 250mg</i>	4	AP; IH; NM
<i>imipenem/cil injectable 500mg</i>	4	AP; IH; NM
<i>lansopr/amox packet /clarith</i> LC 122 cada 14 dia(s)	2	LC; NM
<i>levoflox/d5w injectable 500/100m</i>	2	IH; NM
<i>levoflox/d5w injectable 750/150</i>	2	IH; NM
<i>levofloxacin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>levofloxacin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>levofloxacin tablet 750mg</i>	1	NM
<i>linezolid injectable 2mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>linezolid suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>linezolid tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>meropenem injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>meropenem injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>minocycline capsule 100mg</i>	2	NM
<i>minocycline capsule 50mg</i>	2	NM
<i>minocycline capsule 75mg</i>	2	NM
<i>moxifloxacin tablet 400mg</i>	2	NM
<i>nafcillin injectable 10gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>nafcillin injectable 1gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>nafcillin injectable 2gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>neomycin tablet 500mg</i>	2	NM
NUZYRA INJECTABLE 100MG LC 15 cada 14 dia(s)	4	LC; AP; IH; NM
NUZYRA TABLET 150MG LC 30 cada 14 dia(s)	4	LC; AP; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ofloxacin tablet 300mg</i>	2	NM
<i>ofloxacin tablet 400mg</i>	2	NM
<i>pen g sodium injectable 5000000</i>	2	IH; NM
PEN GK/DEXTR INJECTABLE 40000/ML	2	IH; NM
PEN GK/DEXTR INJECTABLE 60000/ML	2	IH; NM
<i>penicillin gk injectable 20mu</i>	2	IH; NM
<i>penicillin vk solution 125/5ml</i>	2	NM
<i>penicillin vk solution 250/5ml</i>	2	NM
<i>penicillin vk tablet 250mg</i>	1	NM
<i>penicillin vk tablet 500mg</i>	1	NM
<i>piper/tazoba injectable 2-0.25gm</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 3-0.375g</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 36-4.5gm</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 4-0.5gm</i>	2	IH; NM
SIVEXTRO INJECTABLE 200MG LC 6 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; IH; NM
SIVEXTRO TABLET 200MG LC 6 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
<i>smz-tmp suspension 200-40/5</i>	1	NM
<i>smz-tmp tablet 400-80mg</i>	1	NM
<i>smz/tmp ds tablet 800-160</i>	1	NM
<i>streptomycin injectable 1gm</i>	2	BvsD; NM
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	2	NM
<i>sulfasalazin tablet 500mg</i>	2	NM
SULFASALAZIN TABLET 500MG DR	2	NM
<i>suprax chw 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>suprax chw 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>suprax suspension 200/5ml</i>	4	NM
SUPRAX SUSPENSION 500/5ML	4	NM
TEFLARO INJECTABLE 400MG	4	AP; IH; NM
TEFLARO INJECTABLE 600MG	4	AP; IH; NM
<i>tetracycline capsule 250mg</i>	2	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tetracycline capsule 500mg</i>	2	NM
<i>tigecycline injectable 50mg</i> LC 28 cada 14 dia(s)	2	LC; AP; IH; NM
<i>tobramycin injectable 10mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>tobramycin injectable 40mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>tobramycin neb 300/5ml</i>	5	AP; NM
<i>vancomycin capsule 125mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>vancomycin capsule 250mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>vancomycin injectable 1 gm</i>	2	IH; NM
<i>vancomycin injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>vancomycin injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>vancomycin injectable 750mg</i>	2	IH; NM
<i>vancomycin solution 250/5ml</i> LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
VANCOMYCIN SOLUTION 25MG/ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC
XENLETA TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
XIFAXAN TABLET 200MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
XIFAXAN TABLET 550MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
AGENTES ANTINEOPLASTICOS		
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone tablet 250mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>abiraterone tablet 500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALECENSA CAPSULE 150MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ALUNBRIG PACKET LC 30 cada 180 día(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG TABLET 180MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG TABLET 30MG LC 180 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG TABLET 90MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 200MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 25MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 300MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 50MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 3MG LC 84 cada 28 día(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 4MG LC 84 cada 28 día(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 5MG LC 84 cada 28 día(s)	5	LC; AP
BEXAROTENE CAPSULE 75MG	5	AP
<i>bicalutamide tablet 50mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC
BOSULIF TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
BOSULIF TABLET 400MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
BOSULIF TABLET 500MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
BRAFTOVI CAPSULE 75MG LC 180 cada 30 día(s)	5	LC; AP
BRUKINSA CAPSULE 80MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CABOMETYX TABLET 20MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CABOMETYX TABLET 40MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CABOMETYX TABLET 60MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CALQUENCE CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CALQUENCE TABLET 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CAPRELSA TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
CAPRELSA TABLET 300MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
COMETRIQ KIT 100MG	5	AP
COMETRIQ KIT 140MG	5	AP
COMETRIQ KIT 60MG	5	AP
COPIKTRA CAPSULE 15MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
COPIKTRA CAPSULE 25MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
COTELLIC TABLET 20MG LC 63 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>cyclophosph capsule 25mg</i>	2	BvsD
<i>cyclophosph capsule 50mg</i>	2	BvsD
CYCLOPHOSPH TABLET 25MG	2	BvsD
CYCLOPHOSPH TABLET 50MG	2	BvsD
DAURISMO TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
DAURISMO TABLET 25MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
DROXIA CAPSULE 200MG	4	
DROXIA CAPSULE 300MG	4	
DROXIA CAPSULE 400MG	4	
EMCYT CAPSULE 140MG LC 420 cada 30 día(s)	3	LC
ERIVEDGE CAPSULE 150MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ERLEADA TABLET 240MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ERLEADA TABLET 60MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>erlotinib tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>erlotinib tablet 150mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>erlotinib tablet 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>everolimus tablet 0.25mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>everolimus tablet 0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>everolimus tablet 0.75mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>everolimus tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>everolimus tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 3mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>everolimus tablet 7.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EXKIVITY CAPSULE 40MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FOTIVDA CAPSULE 0.89MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FOTIVDA CAPSULE 1.34MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GAVRETO CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>gefitinib tablet 250mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GILOTRIF TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GILOTRIF TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GILOTRIF TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GLEOSTINE CAPSULE 100MG LC 3 cada 42 dia(s)	5	LC; AP
GLEOSTINE CAPSULE 10MG LC 26 cada 42 dia(s)	5	LC; AP
GLEOSTINE CAPSULE 40MG LC 7 cada 42 dia(s)	5	LC; AP
<i>hydroxyurea capsule 500mg</i>	2	
IBRANCE CAPSULE 100MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
IBRANCE CAPSULE 125MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
IBRANCE CAPSULE 75MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
IBRANCE TABLET 100MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
IBRANCE TABLET 125MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
IBRANCE TABLET 75MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ICLUSIG TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ICLUSIG TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ICLUSIG TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ICLUSIG TABLET 45MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
IDHIFA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IDHIFA TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>imatinib mes tablet 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>imatinib mes tablet 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
IMBRUVICA CAPSULE 140MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA CAPSULE 70MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML LC 180 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 140MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 280MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 420MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
INLYTA TABLET 1MG LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
INLYTA TABLET 5MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
INQOVI TABLET 35-100MG LC 5 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
INREBIC CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 15MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JAKAFI TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAYPIRCA TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAYPIRCA TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI TABLET 200DOSE LC 63 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI TABLET 400DOSE LC 63 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI TABLET 600DOSE LC 63 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI 200 PACKET FEMARA LC 49 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI 400 PACKET FEMARA LC 70 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KISQALI 600 PACKET FEMARA LC 91 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KOSELUGO CAPSULE 10MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KOSELUGO CAPSULE 25MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KRAZATI TABLET 200MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>lapatinib tablet 250mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>lenalidomide capsule 10mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 15mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 2.5mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 20mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 25mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 5mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LENVIMA CAPSULE 10MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 12MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 14MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 18MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 20MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 24MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 4MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 8MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LEUKERAN TABLET 2MG	3	
LONSURF TABLET 15-6.14 LC 80 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
LONSURF TABLET 20-8.19 LC 80 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
LORBRENA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LORBRENA TABLET 25MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LUMAKRAS TABLET 120MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LUMAKRAS TABLET 320MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYNPARZA TABLET 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYNPARZA TABLET 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYSODREN TABLET 500MG	3	
LYTGOBI TABLET 4MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYTGOBI TABLET 4MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LYTGOBI TABLET 4MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MATULANE CAPSULE 50MG	5	
MEKINIST SOLUTION 0.05/ML LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEKINIST TABLET 0.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEKINIST TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEKTOVI TABLET 15MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>mercaptopur tablet 50mg</i>	2	
METHOTREXATE INJECTABLE 25MG/ML	2	BvsD
<i>methotrexate injectable 50mg/2ml</i>	2	BvsD
<i>methotrexate tablet 2.5mg</i>	2	
NERLYNX TABLET 40MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	5	
NINLARO CAPSULE 2.3MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NINLARO CAPSULE 3MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NINLARO CAPSULE 4MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUBEQA TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ODOMZO CAPSULE 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
OJJAARA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OJJAARA TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OJJAARA TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ONUREG TABLET 200MG LC 14 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ONUREG TABLET 300MG LC 14 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORSERDU TABLET 345MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORSERDU TABLET 86MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PEMAZYRE TABLET 13.5MG	5	AP
PEMAZYRE TABLET 4.5MG	5	AP
PEMAZYRE TABLET 9MG	5	AP
PIQRAY 200MG TABLET DOSE LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PIQRAY 250MG TABLET DOSE LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PIQRAY 300MG TABLET DOSE LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 1MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 2MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 3MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 4MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PURIXAN SUSPENSION 20MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
QINLOCK TABLET 50MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RASUVO INJECTABLE 10MG LC 0.80 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 12.5MG LC 1 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 15MG LC 1.20 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 17.5MG LC 1.40 cada 28 dia(s)	3	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RASUVO INJECTABLE 20MG LC 1.60 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 22.5MG LC 1.80 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 25MG LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 30MG LC 2.40 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 7.5MG LC 0.60 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RETEVMO CAPSULE 40MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RETEVMO CAPSULE 80MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
REVLIMID CAPSULE 10MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 15MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 2.5MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 20MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 25MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 5MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REZLIDHIA CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ROZLYTREK CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ROZLYTREK CAPSULE 200MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RYDAPT CAPSULE 25MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SCSEMBLIX TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SCSEMBLIX TABLET 40MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sorafenib tablet 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 140MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 70MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 80MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
STIVARGA TABLET 40MG LC 84 cada 21 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 12.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 37.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYNRIBO INJECTABLE 3.5MG	5	AP
TABLOID TABLET 40MG	4	
TABRECTA TABLET 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TABRECTA TABLET 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAFINLAR CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TAFINLAR CAPSULE 75MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAFINLAR TABLET 10MG LC 900 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAGRISSO TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
TAGRISSO TABLET 80MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
TALZENNA CAPSULE 0.1MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 0.25MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 0.35MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 0.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 0.75MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAZVERIK TABLET 200MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TEPMETKO TABLET 225MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TIBSOVO TABLET 250MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>tretinoin capsule 10mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>trexall tablet 10mg</i>	3	
<i>trexall tablet 15mg</i>	3	
<i>trexall tablet 5mg</i>	3	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites	Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>trexall tablet 7.5mg</i>	3		VITRAKVI SOLUTION	5	LC; AP
TUKYSA TABLET 150MG	5	LC; AP	20MG/ML		
LC 120 cada 30 dia(s)			LC 300 mililitro(s) cada 30		
TUKYSA TABLET 50MG	5	LC; AP	dia(s)		
LC 120 cada 30 dia(s)			VIZIMPRO TABLET 15MG	5	LC; AP
TURALIO CAPSULE 125MG	5	LC; AP	LC 30 cada 30 dia(s)		
LC 120 cada 30 dia(s)			VIZIMPRO TABLET 30MG	5	LC; AP
VANFLYTA TABLET 17.7MG	5	LC; AP	LC 30 cada 30 dia(s)		
LC 30 cada 30 dia(s)			VIZIMPRO TABLET 45MG	5	LC; AP
VANFLYTA TABLET 26.5MG	5	LC; AP	LC 30 cada 30 dia(s)		
LC 30 cada 30 dia(s)			VONJO CAPSULE 100MG	5	LC; AP
VENCLEXTA TABLET 100MG	5	LC; AP	LC 120 cada 30 dia(s)		
LC 120 cada 30 dia(s)			VOTRIENT TABLET 200MG	5	AP
VENCLEXTA TABLET 10MG	4	LC; AP	WELIREG TABLET 40MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)			LC 90 cada 30 dia(s)		
VENCLEXTA TABLET 50MG	5	LC; AP	XALKORI CAPSULE 200MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)			LC 60 cada 30 dia(s)		
VENCLEXTA TABLET START PK	5	LC; AP	XALKORI CAPSULE 250MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)			LC 60 cada 30 dia(s)		
VERZENIO TABLET 100MG	5	LC; AP	XOSPATA TABLET 40MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 90 cada 30 dia(s)		
VERZENIO TABLET 150MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 40MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 4 cada 28 dia(s)		
VERZENIO TABLET 200MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 40MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 8 cada 28 dia(s)		
VERZENIO TABLET 50MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 40MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 8 cada 28 dia(s)		
VIJOICE TABLET 125MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 50MG	5	LC; AP
LC 28 cada 28 dia(s)			LC 8 cada 28 dia(s)		
VIJOICE TABLET 250MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 60MG	5	LC; AP
LC 56 cada 28 dia(s)			LC 24 cada 28 dia(s)		
VIJOICE TABLET 50MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 60MG	5	LC; AP
LC 28 cada 28 dia(s)			LC 4 cada 28 dia(s)		
VITRAKVI CAPSULE 100MG	5	LC; AP	XPOVIO PACKET 80MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 32 cada 28 dia(s)		
VITRAKVI CAPSULE 25MG	5	LC; AP	XTANDI CAPSULE 40MG	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)			LC 120 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XTANDI TABLET 40MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XTANDI TABLET 80MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
YONSA TABLET 125MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZELBORAF TABLET 240MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZOLINZA CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYDELIG TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYDELIG TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYKADIA TABLET 150MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AGENTES DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS		
DEPIGMENTING AND PIGMENTING AGENTS		
<i>methoxsalen capsule 10mg</i>	5	
ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS		
<i>hc pramoxine cre 1-1%</i>	2	
<i>lido/prilocn cre 2.5-2.5%</i>	2	
<i>lidocaine oin 5%</i>	2	
<i>lidocaine pad 5%</i>	2	AP
<i>lidocaine solution 2% visc</i>	2	
<i>lidocaine solution 4%</i>	2	
CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS		
ALTRENO LOT 0.05% LC 45 cada 30 dia(s)	4	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tretinoin cre 0.025%</i>	3	
<i>tretinoin cre 0.05%</i>	3	
<i>tretinoin cre 0.1%</i>	3	
<i>tretinoin gel 0.01%</i>	3	
<i>tretinoin gel 0.025%</i>	3	
TRETINOIN GEL 0.04%	4	TE
TRETINOIN GEL 0.05%	3	TE
TRETINOIN GEL 0.1%	4	TE
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANTIMANIC AGENTS		
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	2	
<i>lithium carb capsule 150mg</i>	1	
<i>lithium carb capsule 300mg</i>	1	
LITHIUM CARB CAPSULE 600MG	1	
LITHIUM CARB TABLET 300MG <i>lithium carb tablet 300mg er</i>	1	
<i>lithium carb tablet 450mg er</i>	1	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AIMOVIG INJECTABLE 140MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP
AIMOVIG INJECTABLE 70MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 90 dia(s)	3	LC; AP
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 90 dia(s)	3	LC; AP
<i>eletriptan tablet 20mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>eletriptan tablet 40mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
EMGALITY INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
EMGALITY INJECTABLE 120MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
EMGALITY INJECTABLE 120MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FROVATRIPTAN TABLET 2.5MG LC 12 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>naratriptan tablet 1mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>naratriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
NURTEC TABLET 75MG ODT LC 18 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
QULIPTA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
QULIPTA TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
QULIPTA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
REYVOW TABLET 100MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
REYVOW TABLET 50MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>rizatriptan tablet 10mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 10mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>sumatriptan injectable 4mg/0.5</i> LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
SUMATRIPTAN INJECTABLE 4MG/0.5 LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>sumatriptan injectable 6mg/0.5</i> LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
SUMATRIPTAN INJECTABLE 6MG/0.5 LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sumatriptan injectable</i> <i>6mg/0.5</i> LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
SUMATRIPTAN SPR 20MG/ACT LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
SUMATRIPTAN SPR 5MG/ACT LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>sumatriptan tablet 100mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>sumatriptan tablet 25mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>sumatriptan tablet 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	1	LC
UBRELVY TABLET 100MG LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
UBRELVY TABLET 50MG LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG LC 8 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 5mg odt</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
ZOMIG SPR 2.5MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ANTIPARKINSONIAN AGENTS (CNS)		
OSMOLEX ER TABLET 193MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.375 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.75 er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; TE

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pramipexole tablet 1.5mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>pramipexole tablet 2.25 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3.75 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>pramipexole tablet 4.5mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
FIBROMYALGIA AGENTS		
SAVELLA MIS TITR PACKET LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 12.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
ABILIFY ASIM INJECTABLE 720MG LC 2.40 cada 56 dia(s)	5	LC
ABILIFY ASIM INJECTABLE 960MG LC 3.20 cada 56 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amitriptylin tablet 100mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 10mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 150mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 25mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 50mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 100mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 150mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 25mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 50mg</i>	1	
APLENZIN TABLET 174MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
APLENZIN TABLET 348MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
APLENZIN TABLET 522MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>aripiprazole tablet 10mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 10mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>aripiprazole tablet 15mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 15mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>aripiprazole tablet 20mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 2mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 30mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 5mg</i>	1	
ARISTADA INJECTABLE 1064MG LC 3.90 cada 28 dia(s)	5	LC; TE
ARISTADA INJECTABLE 441MG/1. LC 1.60 cada 28 dia(s)	5	LC; TE
ARISTADA INJECTABLE 662MG/2 LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC; TE

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ARISTADA INJECTABLE 882MG/3 LC 3.20 cada 28 dia(s)	5	LC; TE
ARISTADA INJECTABLE INITIO LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC; TE
ASENAPINE SUB 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>asenapine sub 2.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
ASENAPINE SUB 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
AUVELITY TABLET 45-105MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>bupropion tablet 100mg</i>	1	
<i>bupropion tablet 100mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 200mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 75mg</i>	1	
<i>bupropn hcl tablet 150mg xl</i>	1	
<i>bupropn hcl tablet 300mg xl</i>	1	
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPLYTA CAPSULE 21MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPLYTA CAPSULE 42MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>chlorpromaz tablet 100mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 10mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 200mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 25mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 50mg</i>	1	
<i>chlorpromazi con 100mg/ml</i>	3	
<i>chlorpromazi con 30mg/ml</i>	3	
CITALOPRAM CAPSULE 30MG	3	
<i>citalopram solution 10mg/5ml</i>	2	
<i>citalopram tablet 10mg</i>	1	
<i>citalopram tablet 20mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>citalopram tablet 40mg</i>	1	
<i>clomipramine capsule 25mg</i>	2	TE
<i>clomipramine capsule 50mg</i>	2	TE
<i>clomipramine capsule 75mg</i>	2	TE
<i>clozapine tablet 100/odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 12.5/odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 150/odt</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 200/odt</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 200mg</i> LC 135 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 25mg odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>compro sup 25mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 100mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 10mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 150mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 25mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 50mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 75mg</i>	1	
DESVENLAFAX TABLET 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>desvenlafax tablet 100mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>desvenlafax tablet 25mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
DESVENLAFAX TABLET 50MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>desvenlafax tablet 50mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>doxepin hcl capsule 100mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 10mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 150mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 25mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 50mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl con 10mg/ml</i>	1	
<i>duloxetine capsule 20mg</i>	1	
<i>duloxetine capsule 30mg</i>	1	
<i>duloxetine capsule 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>duloxetine capsule 60mg</i>	1	
EMSAM DIS 12MG/24H LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
EMSAM DIS 6MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
EMSAM DIS 9MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
<i>escitalopram solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram tablet 10mg</i>	1	
<i>escitalopram tablet 20mg</i>	1	
<i>escitalopram tablet 5mg</i>	1	
FANAPT PACKET LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FANAPT TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FANAPT TABLET 12MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FANAPT TABLET 1MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FANAPT TABLET 2MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FANAPT TABLET 4MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FANAPT TABLET 6MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FANAPT TABLET 8MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FETZIMA CAPSULE 120MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
FETZIMA CAPSULE 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
FETZIMA CAPSULE 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
FETZIMA CAPSULE 80MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
FETZIMA CAPSULE TITRATIO LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>fluoxetine capsule 10mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 20mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 90mg dr</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>fluoxetine solution 20mg/5ml</i>	1	
<i>fluoxetine tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fluoxetine tablet 10mg</i>	2	
<i>fluoxetine tablet 20mg</i>	2	
<i>fluoxetine tablet 20mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fluoxetine tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fluphenaz de injectable</i> 25mg/ml	2	BvsD
<i>fluphenazine elx 2.5/5ml</i>	2	
<i>fluphenazine injectable</i> 2.5mg/ml	2	BvsD
<i>fluphenazine tablet 10mg</i>	2	
<i>fluphenazine tablet 1mg</i>	2	
<i>fluphenazine tablet 2.5mg</i>	2	
<i>fluphenazine tablet 5mg</i>	2	
<i>fluvoxamine capsule 100mg er</i>	2	
<i>fluvoxamine capsule 150mg er</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FLUVOXAMINE TABLET 100MG	1	
FLUVOXAMINE TABLET 25MG	1	
FLUVOXAMINE TABLET 50MG	1	
<i>haloper dec injectable 100mg/ml</i>	2	
<i>haloper dec injectable 500/5ml</i>	2	
<i>haloper dec injectable 50mg/ml</i>	2	
<i>haloper lac injectable 5mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol con 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg</i>	1	
<i>haloperidol tablet 10mg</i>	1	
<i>haloperidol tablet 1mg</i>	1	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	1	
<i>haloperidol tablet 2mg</i>	1	
<i>haloperidol tablet 5mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 25mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 100mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 125mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 150mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 75mg</i>	1	
INVEGA HAFYE INJECTABLE	5	LC
1092MG		
LC 3.50 cada 180 dia(s)		
INVEGA HAFYE INJECTABLE	5	LC
1560MG		
LC 5 cada 180 dia(s)		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
117/0.75		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
156MG/ML		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
234/1.5		
INVEGA SUST INJECTABLE	4	
39/0.25		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
78/0.5ML		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
273MG		
LC 0.8750 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
410MG		
LC 1.3150 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
546MG		
LC 1.75 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
819MG		
LC 2.6250 cada 90 dia(s)		
<i>loxapine capsule 10mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 25mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 50mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 5mg</i>	1	
<i>lurasidone tablet 120mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lurasidone tablet 20mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lurasidone tablet 40mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lurasidone tablet 60mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lurasidone tablet 80mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
LYBALVI TABLET 10-10MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
LYBALVI TABLET 15-10MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
LYBALVI TABLET 20-10MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
LYBALVI TABLET 5-10MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
MARPLAN TABLET 10MG	4	
<i>mirtazapine tablet 15mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 15mg odt</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mirtazapine tablet 30mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 30mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>mirtazapine tablet 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 45mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>mirtazapine tablet 7.5mg</i>	1	
<i>molindone tablet hcl 10mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>molindone tablet hcl 25mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>molindone tablet hcl 5mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>nefazodone tablet 100mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 150mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 200mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 250mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 50mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 10mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 25mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 50mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 75mg</i>	1	
<i>nortriptylin solution 10mg/5ml</i>	1	
NUPLAZID CAPSULE 34MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NUPLAZID TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>olanza/fluox capsule 12-25mg</i>	4	
<i>olanza/fluox capsule 12-50mg</i>	4	
<i>olanza/fluox capsule 3-25mg</i>	4	
<i>olanza/fluox capsule 6-25mg</i>	4	
<i>olanza/fluox capsule 6-50mg</i>	4	
<i>olanzapine injectable 10mg</i>	2	BvsD
<i>olanzapine tablet 10mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 10mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olanzapine tablet 15mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>olanzapine tablet 15mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olanzapine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 20mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 20mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olanzapine tablet 5mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 5mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olanzapine tablet 7.5mg</i>	1	
<i>paliperidone tablet er 1.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>paliperidone tablet er 3mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>paliperidone tablet er 6mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>paliperidone tablet er 9mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>paroxetine er tablet 12.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>paroxetine er tablet 37.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>paroxetine suspension</i> 10mg/5ml LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>paroxetine tablet 10mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 20mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 25mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>paroxetine tablet 30mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 40mg</i>	1	
PAXIL SUSPENSION 10MG/5ML	4	
<i>perphenazine tablet 16mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 2mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 4mg</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>perphenazine tablet 8mg</i>	1	
PERSERIS INJECTABLE 120MG LC 1 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
PERSERIS INJECTABLE 90MG LC 1 cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
PHENELZINE TABLET 15MG	1	
<i>pimozide tablet 1mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pimozide tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>prochlorper sup 25mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 10mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 5mg</i>	2	
<i>protriptylin tablet 10mg</i>	1	
<i>protriptylin tablet 5mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 100mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 150mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 150mg er</i>	1	
<i>quetiapine tablet 200mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 200mg er</i>	1	
<i>quetiapine tablet 25mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 300mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 300mg er</i>	1	
<i>quetiapine tablet 400mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 400mg er</i>	1	
<i>quetiapine tablet 50mg</i>	1	
<i>quetiapine tablet 50mg er</i>	1	
REXULTI TABLET 0.25MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
REXULTI TABLET 0.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
REXULTI TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
REXULTI TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
REXULTI TABLET 3MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
REXULTI TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
RISPERDAL INJECTABLE 12.5MG	4	
RISPERDAL INJECTABLE 25MG	5	
RISPERDAL INJECTABLE 37.5MG	5	
RISPERDAL INJECTABLE 50MG	5	
<i>risperidone solution 1mg/ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 0.25 odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 0.25mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 0.5mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 0.5mg od</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 1mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 1mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 2mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 2mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 3mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 3mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>risperidone tablet 4mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 4mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
SECUADO DIS 3.8MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
SECUADO DIS 5.7MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
SECUADO DIS 7.6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
<i>sertraline con 20mg/ml</i> LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sertraline tablet 100mg</i>	1	
<i>sertraline tablet 25mg</i>	1	
<i>sertraline tablet 50mg</i>	1	
<i>thioridazine tablet 100mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 10mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 25mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 50mg</i>	1	AP
<i>thiothixene capsule 10mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 1mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 2mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 5mg</i>	2	
<i>tranylcyprom tablet 10mg</i>	2	
<i>trazodone tablet 100mg</i>	1	
<i>trazodone tablet 150mg</i>	1	
<i>trazodone tablet 50mg</i>	1	
<i>trifluoperaz tablet 10mg</i>	2	
<i>trifluoperaz tablet 1mg</i>	2	
<i>trifluoperaz tablet 2mg</i>	2	
<i>trifluoperaz tablet 5mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 100mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 25mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 50mg</i>	2	
TRINTELLIX TABLET 10MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
TRINTELLIX TABLET 20MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
TRINTELLIX TABLET 5MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 100MG	5	LC
LC 0.28 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 125MG	5	LC
LC 0.35 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 150MG	5	LC
LC 0.42 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 200MG	5	LC
LC 0.56 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 250MG	5	LC
LC 0.70 cada 28 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
UZEDY INJECTABLE 50MG	5	LC
LC 0.14 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 75MG	5	LC
LC 0.21 cada 28 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 150mg er</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 37.5 er</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 75mg er</i>	1	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine tablet 100mg</i>	1	
VENLAFAXINE TABLET	4	LC; TE
112.5MG		
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine tablet 25mg</i>	1	
<i>venlafaxine tablet 37.5mg</i>	1	
<i>venlafaxine tablet 50mg</i>	1	
<i>venlafaxine tablet 75mg</i>	1	
VERSACLOZ SUSPENSION	5	LC; AP
50MG/ML		
LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
VIIBRYD KIT STARTER	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 10mg</i>	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 20mg</i>	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 40mg</i>	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 1.5-3MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 1.5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 3MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 4.5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VRAYLAR CAPSULE 6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>ziprasidone capsule 20mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 40mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 60mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 80mg</i>	1	
<i>ziprasidone injectable 20mg</i>	1	
ZYPREXA RELP INJECTABLE 210MG	4	BvsD
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS		
<i>apap/codeine tablet 300-15mg</i> LC 390 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>apap/codeine tablet 300-30mg</i> LC 390 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>apap/codeine tablet 300-60mg</i> LC 390 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>ascomp/cod capsule 30mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 150MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 300MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 450MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 600MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 750MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 75MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 900MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 12-3mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 2-0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 4-1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>bupren/nalox mis 8-2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox sub 2-0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox sub 8-2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 10MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 15MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 20MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 5MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 7.5/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
<i>buprenorphin sub 2mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>buprenorphin sub 8mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/apap/caf capsule</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/apap/caf capsule</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/apap/caf capsule codeine</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>but/apap/caf capsule codeine</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>but/apap/caf tablet</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/asa/caff/ capsule codeine</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>but/asa/caff capsule</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>butorphanol solution 10mg/ml</i> LC 25 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>celecoxib capsule 100mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 50mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
CODEINE SULF TABLET 15MG LC 180 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
CODEINE SULF TABLET 30MG LC 180 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
CODEINE SULF TABLET 60MG LC 180 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>diclofen pot tablet 50mg</i>	1	
<i>diclofenac pow 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>diclofenac tablet 100mg er</i>	1	
<i>diclofenac tablet 25mg dr</i>	1	
<i>diclofenac tablet 50mg dr</i>	1	
<i>diclofenac tablet 75mg dr</i>	1	
<i>diflunisal tablet 500mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>endocet tablet 10-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>endocet tablet 2.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>endocet tablet 5-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>endocet tablet 7.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>etodolac capsule 200mg</i>	1	
<i>etodolac capsule 300mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 400mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 500mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>etodolac er tablet 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>etodolac er tablet 500mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>etodolac er tablet 600mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
FENOPROFEN CAPSULE 400MG	2	
<i>fenoprofen tablet 600mg</i>	2	
<i>fentanyl dis 100mcg/h</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 12mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 25mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 50mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 75mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
FENTANYL CIT TABLET 100MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 400MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 800MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FENTANYL OT LOZ 1200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 1600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FENTANYL OT LOZ 200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 400MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 800MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	1	
<i>hydroco/apap tablet 10-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>hydroco/apap tablet 5-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>hydroco/apap tablet 7.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>hydrocod/ibu tablet 7.5-200</i> LC 210 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 12mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 16mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 32mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 4mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 8mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>hydromorphon tablet 8mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ibu tablet 600mg</i>	1	
<i>ibu tablet 800mg</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 400mg</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 600mg</i>	1	
<i>ibuprofen tablet 800mg</i>	1	
<i>indomethacin capsule 25mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>indomethacin capsule 50mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>ketoprofen capsule 25mg</i>	2	
<i>meclofen sod capsule 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>meclofen sod capsule 50mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>meloxicam tablet 15mg</i>	1	
<i>meloxicam tablet 7.5mg</i>	1	
<i>methadone solution</i> 10mg/5ml LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>methadone solution 5mg/5ml</i> LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>methadone tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>methadone tablet 5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 100mg</i> er LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 120mg</i> er LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 30mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 45mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 50mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>morphine sul capsule 60mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 60mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 75mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 80mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul capsule 90mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
MORPHINE SUL SOLUTION 10MG/5ML LC 960 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC; NM
MORPHINE SUL SOLUTION 20MG/5ML LC 960 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>morphine sul solution 20mg/ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>morphine sul tablet 100mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
MORPHINE SUL TABLET 15MG LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>morphine sul tablet 15mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul tablet 200mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
MORPHINE SUL TABLET 30MG LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>morphine sul tablet 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>morphine sul tablet 60mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>nabumetone tablet 500mg</i>	1	
<i>nabumetone tablet 750mg</i>	1	
<i>naproxen suspension 125/5ml</i>	1	
<i>naproxen tablet 250mg</i>	1	
<i>naproxen tablet 375mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>naproxen tablet 500mg</i>	1	
<i>naproxen sod tablet 275mg</i>	1	
<i>naproxen sod tablet 550mg</i>	1	
<i>oxycod/apap tablet 10-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>oxycod/apap tablet 2.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>oxycod/apap tablet 5-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>oxycod/apap tablet 7.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>oxycodone capsule hcl 5mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone con 100/5ml</i> LC 270 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone solution 5mg/5ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone tablet 10mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
OXYCODONE TABLET 10MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone tablet 15mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone tablet 20mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
OXYCODONE TABLET 20MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone tablet 30mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxycodone tablet 5mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxymorphone tablet 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 40mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>oxymorphone tablet 7.5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>piroxicam capsule 10mg</i>	1	
<i>piroxicam capsule 20mg</i>	1	
<i>sulindac tablet 150mg</i>	1	
<i>sulindac tablet 200mg</i>	1	
<i>tramadol/apap tablet 37.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tramadol hcl tablet 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tramadol hcl tablet 100mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tramadol hcl tablet 200mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tramadol hcl tablet 300mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tramadol hcl tablet 50mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
XTAMPZA ER CAPSULE 13.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
XTAMPZA ER CAPSULE 18MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
XTAMPZA ER CAPSULE 27MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
XTAMPZA ER CAPSULE 36MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
XTAMPZA ER CAPSULE 9MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 0.7-0.18 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
OPIATE ANTAGONISTS		
KLOXXADO SPR 8MG LC 7 cada 70 dia(s)	3	LC
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i> LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i> LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone injectable 1mg/ml</i> LC 4 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone hcl spr 4mg</i> LC 2 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naltrexone tablet 50mg</i>	2	
ZIMHI SOLUTION LC 2 cada 30 dia(s)	3	LC
ANTICONSULSANTS		
APTOM TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 400MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 800MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BRIVIACT TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVIACT TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVIACT TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVIACT TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVIACT TABLET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 100MG 2 ER LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 200MG 2 ER LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 300MG 2 ER LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin chw 100mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carbamazepin suspension 100/5ml</i> LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 100mger</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 200mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carbamazepin tablet 200mg er</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 400mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i> LC 480 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clobazam tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clobazam tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>clonazep odt tablet 0.125mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 0.25mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 0.5mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 1mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 2mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 0.5mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 1mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 2mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
DIACOMIT CAPSULE 250MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT CAPSULE 500MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT PACKET 250MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT PACKET 500MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>dilantin capsule 100mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>dilantin capsule 30mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>dilantin chw 50mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	4	LC
DILANTIN-125 SUSPENSION 125/5ML LC 750 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC
<i>divalproex capsule 125mg</i> LC 1080 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>divalproex tablet 125mg dr</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>divalproex tablet 250mg dr</i> LC 510 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 250mg er</i> LC 510 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 500mg dr</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 500mg er</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>epitol tablet 200mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML LC 480 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC
EQUETRO CAPSULE 100MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
EQUETRO CAPSULE 200MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
EQUETRO CAPSULE 300MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>ethosuximide capsule 250mg</i>	1	
<i>ethosuximide solution 250/5ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>felbamate suspension 600/5ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>felbamate tablet 400mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>felbamate tablet 600mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML LC 720 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 12MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FYCOMPA TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
FYCOMPA TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 8MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>gabapentin capsule 100mg</i> LC 960 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin capsule 300mg</i> LC 330 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin capsule 400mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin solution 250/5ml</i> LC 2160 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin tablet 600mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin tablet 800mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lacosamide solution 10mg/ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 50mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
LAMICTAL ODT TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
LAMICTAL ODT TABLET 200MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LAMICTAL ODT TABLET 25MG LC 210 cada 30 dia(s)	4	LC
LAMICTAL ODT TABLET 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>lamotrig odt kit 25/50mg</i> LC 28 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrig odt kit 50/100mg</i> LC 56 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine chw 25mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine chw 5mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine kit odt</i> LC 70 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine kit start 35</i> LC 70 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine kit start 49</i> LC 98 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine kit start 98</i> LC 196 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lamotrigine tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 100mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 150mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lamotrigine tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lamotrigine tablet 200mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 250mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>lamotrigine tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lamotrigine tablet 25mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 25mg odt</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 300mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 50mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 50mg odt</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levetiraceta solution</i> 100mg/ml LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 250mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 750mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 750mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
MAGNESIUM SU INJECTABLE 50%	2	IH
<i>magnesium su injectable 50%</i>	2	IH
<i>methsuximide capsule 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>oxcarbazepin suspension</i> 300mg/5m LC 1200 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxcarbazepin tablet 150mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxcarbazepin tablet 300mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxcarbazepin tablet 600mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	1	
PHENOBARB TABLET 100MG	1	
PHENOBARB TABLET 15MG	1	
PHENOBARB TABLET 16.2MG	1	
PHENOBARB TABLET 30MG	1	
PHENOBARB TABLET 32.4MG	1	
PHENOBARB TABLET 60MG	1	
PHENOBARB TABLET 64.8MG	1	
PHENOBARB TABLET 97.2MG	1	
<i>phenytoin chw 50mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin suspension 125/5ml</i> LC 750 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>phenytoin ex capsule 100mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin ex capsule 200mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin ex capsule 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pregabalin capsule 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 150mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 225mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 75mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pregabalin solution 20mg/ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>primidone tablet 125mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>primidone tablet 250mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>primidone tablet 50mg</i> LC 1200 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rufinamide suspension</i> 40mg/ml LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>rufinamide tablet 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>rufinamide tablet 400mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
SPRITAM TABLET 1000MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SPRITAM TABLET 250MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SPRITAM TABLET 500MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SPRITAM TABLET 750MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SYMPAZAN MIS 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYMPAZAN MIS 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYMPAZAN MIS 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TIAGABINE TABLET 12MG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
TIAGABINE TABLET 16MG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tiagabine tablet 2mg</i> LC 840 cada 30 dia(s)	2	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tiagabine tablet 4mg</i> LC 420 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate capsule 15mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate capsule 25mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>valproic acid capsule 250mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>valproic acid solution 250/5ml</i> LC 3000 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>vigabatrin packet 500mg</i> LC 9000 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>vigabatrin tablet 500mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>vigadrone pow 500mg</i> LC 9000 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIMPAT SOLUTION 10MG/ML LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
XCOPRI PACKET 100-150 LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 12.5-25 LC 28 cada 28 dia(s)	4	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XCOPRI PACKET 150-200 LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 150-200 LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 50-100MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5	5	AP
<i>zonisamide capsule 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zonisamide capsule 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zonisamide capsule 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML LC 1080 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
<i>azel/flutic spr 137-50</i> LC 23 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>cromolyn sod neb 20mg/2ml</i>	2	BvsD
RESPIRATORY TRACT AGENTS, MISCELLANEOUS		
ARALAST NP INJECTABLE 1000MG	5	AP
GLASSIA INJECTABLE	5	AP
PROLASTIN-C INJECTABLE 1000MG	5	AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XOLAIR INJECTABLE 150MG/ML	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 75/0.5	5	AP
XOLAIR SOLUTION 150MG	5	AP
ZEMAIRA INJECTABLE 1000MG	5	AP
MUCOLYTIC AGENTS		
PULMOZYME SOLUTION 1MG/ML	5	LC; BvsD
LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
PHOSPHODIESTERASE TYPE 4 INHIBITORS		
roflumilast tablet 250mcg	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
roflumilast tablet 500mcg	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ANTIGOUT AGENTS		
allopurinol tablet 100mg	1	
allopurinol tablet 300mg	1	
COLCHICINE CAPSULE 0.6MG	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
colchicine tablet 0.6mg	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
febuxostat tablet 40mg	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
febuxostat tablet 80mg	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS		
ASTAGRAF XL CAPSULE 0.5MG	4	BvsD
ASTAGRAF XL CAPSULE 1MG	4	BvsD
ASTAGRAF XL CAPSULE 5MG	4	BvsD
azathioprine tablet 100mg	1	BvsD
azathioprine tablet 50mg	1	BvsD
azathioprine tablet 75mg	1	BvsD
BENLYSTA INJECTABLE	5	AP
200MG/ML		
BENLYSTA INJECTABLE	5	AP
200MG/ML		
cyclosporine capsule 100mg	2	BvsD
cyclosporine capsule 100mg md	2	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
cyclosporine capsule 25mg	2	BvsD
cyclosporine capsule 25mg mod	2	BvsD
cyclosporine capsule 50mg mod	2	BvsD
cyclosporine solution modified	2	BvsD
ENSPRYNG INJECTABLE	5	LC; AP
LC 7 cada 168 dia(s)		
ENVARUS XR TABLET 0.75MG	4	BvsD; TE
ENVARUS XR TABLET 1MG	4	BvsD; TE
ENVARUS XR TABLET 4MG	4	BvsD; TE
engraf capsule 100mg	2	BvsD
engraf capsule 25mg	2	BvsD
engraf solution 100mg/ml	2	BvsD
LUPKYNIS CAPSULE 7.9MG	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET	5	LC; AP
10MG(10)		
LC 40 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(4)	5	LC; AP
LC 16 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(5)	5	LC; AP
LC 20 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(6)	5	LC; AP
LC 24 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(7)	5	LC; AP
LC 28 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(8)	5	LC; AP
LC 32 cada 365 dia(s)		
MAVENCLAD PACKET 10MG(9)	5	LC; AP
LC 36 cada 365 dia(s)		
mycophenolat capsule 250mg	1	BvsD
mycophenolat suspension	2	BvsD
200mg/ml		
mycophenolat tablet 500mg	1	BvsD
mycophenolic tablet 180mg dr	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mycophenolic tablet 360mg dr</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
REZUROCK TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SANDIMMUNE SOLUTION 100MG/ML	3	BvsD
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	5	BvsD
<i>sirolimus tablet 0.5mg</i>	4	BvsD
<i>sirolimus tablet 1mg</i>	4	BvsD
<i>sirolimus tablet 2mg</i>	5	BvsD
<i>tacrolimus capsule 0.5mg</i>	1	BvsD
<i>tacrolimus capsule 1mg</i>	1	BvsD
<i>tacrolimus capsule 5mg</i>	1	BvsD
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
MESNEX TABLET 400MG	5	
ANTIDOTES		
<i>acetylcyst solution 10%</i>	2	BvsD
<i>acetylcyst solution 20%</i>	2	BvsD
<i>leucovor ca tablet 10mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 15mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 25mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 5mg</i>	1	
XURIDEN POW 2GM LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>disulfiram tablet 250mg</i>	2	
<i>disulfiram tablet 500mg</i>	2	
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>alendronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	1	LC
<i>alendronate tablet 70mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ibandronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 dia(s)	1	LC
PROLIA INJECTABLE 60MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 180 dia(s)	4	LC; BvsD
RISEDRON SOD TABLET 35MG DR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 12 cada 84 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
XGEVA INJECTABLE	5	AP
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA INJECTABLE 2000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HAEGARDA INJECTABLE 3000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>icatibant injectable 30mg/3ml</i> LC 18 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLADEYO CAPSULE 110MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLADEYO CAPSULE 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAKHZYRO INJECTABLE 150MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
TAKHZYRO INJECTABLE 300/2ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TAVNEOS CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ARCALYST INJECTABLE 220MG <i>betaine anhy pow</i>	5	AP
CERDELGA CAPSULE 84MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CYSTAGON CAPSULE 150MG	4	AP
CYSTAGON CAPSULE 50MG	4	AP
<i>dalfampridin tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
ENDARI POW 5GM LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EVRYSDI SOLUTION LC 201 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FILSPARI TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FILSPARI TABLET 400MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FIRDAPSE TABLET 10MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GALAFOLD CAPSULE 123MG LC 14 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ISTURISA TABLET 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ISTURISA TABLET 1MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ISTURISA TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
METYROSINE CAPSULE 250MG	5	AP
<i>miglustat capsule 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nitisinone capsule 10mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>nitisinone capsule 20mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nitisinone capsule 2mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nitisinone capsule 5mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
NITYR TABLET 10MG LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NITYR TABLET 2MG LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NITYR TABLET 5MG LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORFADIN SUSPENSION 4MG/ML LC 1500 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 20MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 20MGX5MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 50MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 50MGX20M LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 5MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 5MG TP LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>sapropterin pow 100mg</i>	2	AP
<i>sapropterin pow 500mg</i>	2	AP
<i>sapropterin tablet 100mg</i>	2	AP
TYBOST TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
VOXZOGO INJECTABLE 0.4MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VOXZOGO INJECTABLE 0.56MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VOXZOGO INJECTABLE 1.2MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTAGONISTAS DE METAL PESADO		
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
CHEMET CAPSULE 100MG	4	
deferasirox gra 180mg LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
deferasirox gra 360mg LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
deferasirox gra 90mg LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
deferasirox tablet 125mg LC 720 cada 30 dia(s)	5	LC
deferasirox tablet 180mg LC 450 cada 30 dia(s)	5	LC
deferasirox tablet 250mg LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
deferasirox tablet 360mg LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC
deferasirox tablet 500mg LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
deferasirox tablet 90mg LC 240 cada 30 dia(s)	4	LC
deferiprone tablet 1000mg	5	
deferiprone tablet 500mg	5	
FERRIPROX SOLUTION 100MG/ML LC 2700 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
penicillamin tablet 250mg	2	
trientine capsule 250mg	2	AP
ANTI-INFECTIVE AGENTS		
ANTIFUNGALS		
amphotericin injectable 50mg	4	AP; IH; NM
amphotericin injectable 50mg	2	AP; IH; NM
caspofungin injectable 50mg	5	AP; IH; NM
caspofungin injectable 70mg	4	AP; IH; NM
fluconazole suspension 10mg/ml	2	NM
fluconazole suspension 40mg/ml	2	NM
fluconazole tablet 100mg	1	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
fluconazole tablet 150mg	1	NM
fluconazole tablet 200mg	1	NM
fluconazole tablet 50mg	1	NM
fluconazole/ injectable nacl 200	2	IH; NM
fluconazole/ injectable nacl 400	2	IH; NM
flucytosine capsule 250mg	2	NM
flucytosine capsule 500mg	2	NM
griseofulvin suspension 125/5ml	2	NM
griseofulvin tablet micr 500	2	NM
griseofulvin tablet ultr 125	2	NM
griseofulvin tablet ultr 250	2	NM
itraconazole capsule 100mg LC 126 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
ITRACONAZOLE SOLUTION 10MG/ML	2	NM
ketoconazole tablet 200mg	1	NM
miconazole injectable 100mg	2	BvsD
miconazole injectable 50mg	2	BvsD
NOXAFIL PACKET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
nystatin suspension 100000	2	NM
nystatin tablet 500000	1	NM
posaconazole suspension 40mg/ml	5	AP
posaconazole tablet 100mg dr LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
terbinafine tablet 250mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
VIVJOA CAPSULE 150MG LC 18 cada 365 dia(s)	4	LC; AP; NM
voriconazole injectable 200mg	3	IH; NM
VORICONAZOLE SUSPENSION 40MG/ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>voriconazole tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>voriconazole tablet 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ANTIVIRALS		
<i>abaca/lamivu tablet 600-300m</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	NM
<i>abacavir tablet 300mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	1	NM
<i>acyclovir suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>acyclovir tablet 400mg</i>	1	NM
<i>acyclovir tablet 800mg</i>	1	NM
<i>acyclovir na injectable 50mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>adefov dipiv tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>amantadine capsule 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>amantadine solution 50mg/5ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>amantadine tablet 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
APTIVUS CAPSULE 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>atazanavir capsule 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>atazanavir capsule 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>atazanavir capsule 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BARACLUDE SOLUTION	4	NM
BIKTARVY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
BIKTARVY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
CIMDUO TABLET 300-300 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
COMPLERA TABLET	5	NM
<i>darunavir tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>darunavir tablet 800mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DELSTRIGO TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DESCOVY TABLET 120-15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DESCOVY TABLET 200/25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DOVATO TABLET 50-300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
EDURANT TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>efavir/emtri tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavir/lamiv tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavir/lamiv tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavirenz capsule 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>efavirenz capsule 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>efavirenz tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 100-150</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 133-200</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 167-250</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/tenofov tablet 200-300</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtricitabin capsule 200mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
EMTRIVA SOLUTION 10MG/ML LC 720 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>entecavir tablet 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>entecavir tablet 1mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>etravirine tablet 100mg</i>	4	NM
<i>etravirine tablet 200mg</i>	4	NM
EVOTAZ TABLET 300-150 LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>famciclovir tablet 125mg</i>	1	NM
<i>famciclovir tablet 250mg</i>	1	NM
<i>famciclovir tablet 500mg</i>	1	NM
<i>fosamprenavi tablet 700mg</i>	4	NM
FUZEON INJECTABLE 90MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
GENVOYA TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
INTELENCE TABLET 25MG	4	NM
ISENTRESS CHW 100MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS CHW 25MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
ISENTRESS POW 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS TABLET 400MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS HD TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
JULUCA TABLET 50-25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>lamivud/zido tablet 150-300</i>	4	NM
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	4	NM
<i>lamivudine tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>lamivudine tablet 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lamivudine tablet 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
LEDIP-SOFOSB TABLET 90-400MG LC 168 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	4	NM
LIVTENCITY TABLET 200MG LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>lopin/riton solution 80-20/ml</i> LC 390 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>lopin/riton tablet 100-25mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>lopin/riton tablet 200-50mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>maraviroc tablet 150mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>maraviroc tablet 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
MAVYRET PACKET 50-20MG LC 140 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
MAVYRET TABLET 100-40MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>nevirapine suspension</i> 50mg/5ml LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>nevirapine tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>nevirapine tablet 400mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
NORVIR POW 100MG LC 360 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
ODEFSEY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>oseltamivir capsule 30mg</i> LC 84 cada 180 dia(s)	2	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oseltamivir capsule 45mg</i> LC 42 cada 180 dia(s)	2	LC; NM
<i>oseltamivir capsule 75mg</i> LC 42 cada 180 dia(s)	2	LC; NM
<i>oseltamivir suspension 6mg/ml</i> LC 525 mililitro(s) cada 180 dia(s)	2	LC; NM
OSMOLEX ER TABLET 129MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
PEGASYS INJECTABLE LC 4 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
PEGASYS INJECTABLE 180MCG/M LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; NM
PIFELTRO TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREVYMIS TABLET 240MG LC 100 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
PREVYMIS TABLET 480MG LC 100 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
PREZCOBIX TABLET 800-150 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREZISTA TABLET 150MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREZISTA TABLET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
RELENZA MIS DISKHALE LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
REYATAZ POW 50MG LC 240 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>ribavirin capsule 200mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ribavirin tablet 200mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ritonavir tablet 100mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	4	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RUKOBIA TABLET 600MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
SELZENTRY SOLUTION 20MG/ML LC 1800 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; NM
SELZENTRY TABLET 25MG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
SELZENTRY TABLET 75MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
SITAVIG TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOFOS/VELPAT TABLET 400-100 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
STRIBILD TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
SUNLENCA TABLET 300MG LC 4 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
SUNLENCA TABLET 300MG LC 5 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
SYMTUZA TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>tenofovir tablet 300mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
TIVICAY TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
TIVICAY TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TIVICAY TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TIVICAY PD TABLET 5MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC
TRIUMEQ TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TRIUMEQ PD TABLET LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRIZIVIR TABLET LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>valacyclovir tablet 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>valacyclovir tablet 500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>valganciclov solution 50mg/ml</i>	2	NM
<i>valganciclov tablet 450mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
VEMLIDY TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIRACEPT TABLET 250MG	5	NM
VIRACEPT TABLET 625MG	5	NM
VIREAD POW 40MG/GM	5	NM
VIREAD TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VIREAD TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VIREAD TABLET 250MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VOSEVI TABLET LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOFLUZA TABLET 40MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
XOFLUZA TABLET 80MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	4	NM
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	4	NM
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	4	NM

ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM INJECTABLE 10%	5	AP
FLEBOGAMMA INJECTABLE 5GM/50ML	5	AP
GAMMAGARD INJECTABLE 2.5GM/25	5	AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GAMMAGARD SD INJECTABLE 10GM HU	5	AP
GAMMAGARD SD INJECTABLE 5GM HU	5	AP
GAMMAKED INJECTABLE 1GM/10ML	5	AP
GAMMAPLEX INJECTABLE 10%	5	AP
GAMMAPLEX INJECTABLE 10%	5	AP
GAMMAPLEX INJECTABLE 10%	5	AP
GAMMAPLEX INJECTABLE 5%	5	AP
GAMUNEX-C INJECTABLE 1GM/10ML	3	AP
OCTAGAM INJECTABLE 1GM	5	AP
OCTAGAM INJECTABLE 2GM/20ML	5	AP
PRIVIGEN INJECTABLE 20GRAMS	5	AP
TOXOIDS		
ADACEL INJECTABLE	3	
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
DAPTACEL INJECTABLE	3	
DIP/TET PED INJECTABLE 25-5LFU	2	
INFANRIX INJECTABLE	3	
KINRIX INJECTABLE	3	
PEDIARIX INJECTABLE 0.5ML	3	
PENTACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
TDVAX INJECTABLE 2-2 LF	3	
TENIVAC INJECTABLE 5-2LF	3	
VACCINES		
ABRYSVO INJECTABLE	3	
ACTHIB INJECTABLE	3	
AREXVY INJECTABLE 120MCG	3	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BCG VACCINE INJECTABLE 50MG	3	
BEXSERO INJECTABLE	3	
ENGRIX-B INJECTABLE 10/0.5ML	3	BvsD
ENGRIX-B INJECTABLE 20MCG/ML	3	BvsD
ENGRIX-B INJECTABLE 20MCG/ML	3	BvsD
GARDASIL 9 INJECTABLE	3	
GARDASIL 9 INJECTABLE	3	
HAVRIX INJECTABLE 1440UNIT	3	
HAVRIX INJECTABLE 720UNIT	3	
HEPLISAV-B INJECTABLE 20/0.5ML	3	BvsD
HIBERIX SOLUTION 10MCG	3	
IMOVAX RABIE INJECTABLE 2.5/ML	3	
IPOLE INJECTABLE INACTIVE	3	
IXIARO INJECTABLE	3	
JYNNEOS INJECTABLE	3	
M-M-R II INJECTABLE	3	
MENACTRA INJECTABLE	3	
MENQUADFI INJECTABLE	3	
MENVEO INJECTABLE	3	
PEDVAX HIB INJECTABLE	3	
PREHEVBRIO SUSPENSION 10MCG/ML	3	BvsD
PRIORIX INJECTABLE	3	
PROQUAD INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
RABAVERT INJECTABLE	3	
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RECOMBIVA-HB INJECTABLE 40MCG/ML	3	BvsD
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX INJECTABLE 50/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTABLE	3	
TICOVAC INJECTABLE	3	
TRUMENBA INJECTABLE	3	
TWINRIX INJECTABLE	3	BvsD
TYPHIM VI INJECTABLE	3	
TYPHIM VI INJECTABLE	3	
VAQTA INJECTABLE 25/0.5ML	3	
VAQTA INJECTABLE 50UNT/ML	3	
VARIVAX INJECTABLE	3	
YF-VAX INJECTABLE	3	
AUTONOMIC DRUGS		
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS		
<i>bethanechol tablet 10mg</i>	1	
<i>bethanechol tablet 25mg</i>	1	
<i>bethanechol tablet 50mg</i>	1	
<i>bethanechol tablet 5mg</i>	1	
<i>cevimeline capsule 30mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 10mg odt</i>	1	
<i>donepezil tablet 23mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 5mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 5mg odt</i>	1	
<i>galantamine capsule 16mg er</i>	2	
<i>galantamine capsule 24mg er</i>	2	
<i>galantamine capsule 8mg er</i>	2	
<i>galantamine solution 4mg/ml</i>	2	
<i>galantamine tablet 12mg</i>	1	
<i>galantamine tablet 4mg</i>	1	
<i>galantamine tablet 8mg</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NAMZARIC CAPSULE LC 28 cada 180 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 14-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 21-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 28-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 7-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pilocarpine tablet 5mg</i>	2	
<i>pilocarpine tablet 7.5mg</i>	2	
<i>pyridostigm tablet 60mg</i>	1	
PYRIDOSTIGMI SOLUTION 60MG/5ML	3	
<i>pyridostigmi tablet 30mg</i>	1	
<i>pyridostigmi tablet er 180mg</i>	3	
<i>rivastigmine capsule 1.5mg</i>	2	
<i>rivastigmine capsule 3mg</i>	2	
<i>rivastigmine capsule 4.5mg</i>	2	
<i>rivastigmine capsule 6mg</i>	2	
RIVASTIGMINE DIS 13.3/24	2	
RIVASTIGMINE DIS 4.6MG/24	2	
RIVASTIGMINE DIS 9.5MG/24	2	
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
<i>alfuzosin tablet 10mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>dihydroergot spr 4mg/ml</i>	2	AP
<i>dutast/tamsu capsule 0.5-0.4</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>ergoloid mes tablet 1mg oral</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>phenoxybenza capsule 10mg</i> LC 3600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>silodosin capsule 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>silodosin capsule 8mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tamsulosin capsule 0.4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND		
ANTIHEMORRHAGIC AGENTS		
TRANEX ACID TABLET 650MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
<i>anagrelide capsule 0.5mg</i>	2	
<i>anagrelide capsule 1mg</i>	2	
BRILINTA TABLET 60MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
BRILINTA TABLET 90MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
CABLIVI KIT 11MG LC 31 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>cilostazol tablet 100mg</i>	1	
<i>cilostazol tablet 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>dabigatran capsule 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dabigatran capsule 75mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
ELIQUIS TABLET 2.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
ELIQUIS TABLET 5MG LC 74 cada 30 dia(s)	3	LC
ELIQUIS ST P TABLET 5MG LC 74 cada 180 dia(s)	3	LC
FONDAPARINUX INJECTABLE 10/0.8ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
<i>fondaparinux injectable</i> 2.5/0.5 LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
FONDAPARINUX INJECTABLE 5/0.4ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FONDAPARINUX INJECTABLE 7.5/0.6 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
heparin sod injectable 1000/ml	3	
heparin sod injectable 10000/ml	3	
heparin sod injectable 20000/ml	3	
heparin sod injectable 5000/ml	3	
jantoven tablet 10mg	1	
jantoven tablet 1mg	1	
jantoven tablet 2.5mg	1	
jantoven tablet 2mg	1	
jantoven tablet 3mg	1	
jantoven tablet 4mg	1	
jantoven tablet 5mg	1	
jantoven tablet 6mg	1	
jantoven tablet 7.5mg	1	
PRADAXA CAPSULE 110MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
prasugrel tablet 10mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
prasugrel tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
SAVAYSA TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
SAVAYSA TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
SAVAYSA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
warfarin tablet 10mg	1	
warfarin tablet 1mg	1	
warfarin tablet 2.5mg	1	
warfarin tablet 2mg	1	
warfarin tablet 3mg	1	
warfarin tablet 4mg	1	
warfarin tablet 5mg	1	
warfarin tablet 6mg	1	
warfarin tablet 7.5mg	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XARELTO SUSPENSION 1MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC
XARELTO TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
XARELTO TABLET 15MG LC 42 cada 30 dia(s)	3	LC
XARELTO TABLET 2.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
XARELTO TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
XARELTO STAR TABLET 15/20MG LC 102 cada 365 dia(s)	3	LC
ZONTIVITY TABLET 2.08MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS, MISCELLANEOUS		
OXBRYTA TABLET 300MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OXBRYTA TABLET 300MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OXBRYTA TABLET 500MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAVALISSE TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAVALISSE TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
HEMATOPOIETIC AGENTS		
ARANESP INJECTABLE 100MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 100MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 10MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 150MCG	5	BvsD

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ARANESP INJECTABLE 200MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 200MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 25MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 25MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 300MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 40MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 40MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 500MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 60MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 60MCG	3	BvsD
DOPTelet TABLET 20MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
DOPTelet TABLET 20MG	5	LC; AP
LC 15 cada 30 dia(s)		
DOPTelet TABLET 20MG	5	LC; AP
LC 10 cada 30 dia(s)		
EPOGEN INJECTABLE 10000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 2000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 20000/ML	5	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 3000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 4000/ML	4	BvsD
FULPHILA INJECTABLE 6/0.6ML	5	BvsD
FYLNETRA INJECTABLE 6MG/0.6	5	AP
GRANIX INJECTABLE 300/0.5	5	BvsD
GRANIX INJECTABLE 300/1ML	5	BvsD
GRANIX INJECTABLE 480/0.8	5	BvsD
GRANIX INJECTABLE 480/1.6	5	BvsD
LEUKINE INJECTABLE 250MCG	5	BvsD
MULPLETA TABLET 3MG	5	LC; AP
LC 7 cada 30 dia(s)		
NEULASTA INJECTABLE	5	AP
6MG/0.6M		
NEUPOGEN INJECTABLE 300/0.5	5	AP
NEUPOGEN INJECTABLE 300MCG	5	AP
NEUPOGEN INJECTABLE 480/0.8	5	AP
NEUPOGEN INJECTABLE 480MCG	5	AP
NIVESTYM INJECTABLE 300/0.5	5	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NIVESTYM INJECTABLE	5	BvsD
480/0.8		
NYVEPRIA INJECTABLE	5	AP
6/0.6ML		
PROMACTA PACKET 25MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
PROMACTA POW 12.5MG	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		
PROMACTA TABLET 12.5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
PROMACTA TABLET 25MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
PROMACTA TABLET 50MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
PROMACTA TABLET 75MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
RELEUKO INJECTABLE	5	AP
300MCG		
RELEUKO INJECTABLE	5	AP
480MCG		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
10000UNT		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
20000UNI		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
2000UNIT		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
3000UNIT		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
40000UNT		
RETACRIT INJECTABLE	3	BvsD
4000UNIT		
UDENYCA INJECTABLE	5	BvsD
6MG/.6ML		
UDENYCA INJECTABLE	5	BvsD
6MG/0.6		
ZARXIO INJECTABLE 300/0.5	5	AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZARXIO INJECTABLE 480/0.8	5	AP
ZIEXTENZO INJECTABLE 6/0.6ML	5	AP
HEMORRHEOLOGIC AGENTS		
<i>pentoxifylli tablet 400mg er</i>	2	
CARDIOVASCULAR DRUGS		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin tablet 1mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 2mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 4mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 8mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>prazosin hcl capsule 1mg</i>	1	
<i>prazosin hcl capsule 2mg</i>	1	
<i>prazosin hcl capsule 5mg</i>	1	
<i>terazosin capsule 10mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 1mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 2mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 5mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
ALISKIREN TABLET 150MG	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALISKIREN TABLET 300MG	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>benazep/hctz tablet 10-12.5</i>	1	
<i>benazep/hctz tablet 20-12.5</i>	1	
<i>benazep/hctz tablet 20-25mg</i>	1	
<i>benazep/hctz tablet 5-6.25</i>	1	
<i>benazepril tablet 10mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 20mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>benazepril tablet 40mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 5mg</i>	1	
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
16-12.5		
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
32-12.5		
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
32-25MG		
<i>candesartan tablet 16mg</i>	1	
<i>candesartan tablet 32mg</i>	1	
<i>candesartan tablet 4mg</i>	1	
<i>candesartan tablet 8mg</i>	1	
<i>captopril tablet 100mg</i>	1	
<i>captopril tablet 12.5mg</i>	1	
<i>captopril tablet 25mg</i>	1	
<i>captopril tablet 50mg</i>	1	
EDARBYCLOR TABLET 40-12.5	4	TE
EDARBYCLOR TABLET	4	TE
40-25MG		
<i>enalapr/hctz tablet 10-25mg</i>	1	
<i>enalapr/hctz tablet 5-12.5mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 10mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 2.5mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 20mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 5mg</i>	1	
ENTRESTO TABLET 24-26MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 49-51MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 97-103MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>eplerenone tablet 25mg</i>	2	TE
<i>eplerenone tablet 50mg</i>	2	TE
<i>fosinop/hctz tablet 10/12.5</i>	1	
<i>fosinop/hctz tablet 20/12.5</i>	1	
<i>fosinopril tablet 10mg</i>	1	
<i>fosinopril tablet 20mg</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fosinopril tablet 40mg</i>	1	
<i>irbesar/hctz tablet 150-12.5</i>	1	
<i>irbesar/hctz tablet 300-12.5</i>	1	
<i>irbesartan tablet 150mg</i>	1	
<i>irbesartan tablet 300mg</i>	1	
<i>irbesartan tablet 75mg</i>	1	
KERENDIA TABLET 10MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
KERENDIA TABLET 20MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lisinop/hctz tablet 10-12.5</i>	1	
<i>lisinop/hctz tablet 20-12.5</i>	1	
<i>lisinop/hctz tablet 20-25mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 10mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 2.5mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 20mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 30mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 40mg</i>	1	
<i>lisinopril tablet 5mg</i>	1	
<i>losartan pot tablet 100mg</i>	1	
<i>losartan pot tablet 25mg</i>	1	
<i>losartan pot tablet 50mg</i>	1	
<i>losartan/hct tablet 100-12.5</i>	1	
<i>losartan/hct tablet 100-25</i>	1	
<i>losartan/hct tablet 50-12.5</i>	1	
<i>moexipril tablet 15mg</i>	1	
<i>moexipril tablet 7.5mg</i>	1	
<i>olm med/hctz tablet 20-12.5</i>	1	
<i>olm med/hctz tablet 40-12.5</i>	1	
<i>olm med/hctz tablet 40-25mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 20mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 40mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 5mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 2mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 4mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 8mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 10mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>quinapril tablet 20mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 40mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 10mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 2.5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 5mg</i>	1	
<i>spirono/hctz tablet 25/25</i>	1	
<i>spironolact tablet 100mg</i>	1	
<i>spironolact tablet 25mg</i>	1	
<i>spironolact tablet 50mg</i>	1	
<i>telmisa/hctz tablet 40-12.5</i>	1	
<i>telmisa/hctz tablet 80-12.5</i>	1	
<i>telmisa/hctz tablet 80-25mg</i>	1	
<i>telmisartan tablet 20mg</i>	1	
<i>telmisartan tablet 40mg</i>	1	
<i>telmisartan tablet 80mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 1mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 2mg</i>	1	
<i>trandolapril tablet 4mg</i>	1	
<i>valsart/hctz tablet 160-12.5</i>	1	
<i>valsart/hctz tablet 160-25mg</i>	1	
<i>valsart/hctz tablet 320-12.5</i>	1	
<i>valsart/hctz tablet 320-25mg</i>	1	
<i>valsart/hctz tablet 80-12.5</i>	1	
<i>valsartan tablet 160mg</i>	1	
<i>valsartan tablet 320mg</i>	1	
<i>valsartan tablet 40mg</i>	1	
<i>valsartan tablet 80mg</i>	1	
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS		
ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS		
<i>amphet/dextr capsule 10mg</i>	2	LC
<i>er</i>		
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 15mg</i>	2	LC
<i>er</i>		
LC 60 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amphet/dextr capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 25mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 12.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 15mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 30mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr tablet 7.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>armodafinil tablet 150mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>armodafinil tablet 200mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>armodafinil tablet 250mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>armodafinil tablet 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylph capsule 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylph capsule 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylph capsule 40mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dexmethylphe capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule er</i> 25mg LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule er</i> 35mg LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 10mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 15mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lisdexamfeta capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 70mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
METHYLPHENID CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
METHYLPHENID CAPSULE 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 30MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 40MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 40mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 60mg la</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid chw 10mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid chw 2.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid chw 5mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid pad 10mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid pad 15mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid pad 20mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid pad 30mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid solution 10mg/5ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid solution 5mg/5ml</i> LC 1800 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methylphenid tablet 10mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 10mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 18mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 18mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 20mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 20mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 27mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 27mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 36mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 36mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 54mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 54mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 72mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
SOD OXYBATE SOLUTION 500MG/ML LC 540 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
WAKIX TABLET 17.8MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
WAKIX TABLET 4.45MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
APOKYN INJECTABLE 10MG/ML	5	AP
<i>apomorphine injectable</i> 30mg/3ml	5	AP
<i>benztropine tablet 0.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>benztropine tablet 1mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>benztropine tablet 2mg</i>	1	
<i>bromocriptin capsule 5mg</i>	2	
<i>bromocriptin tablet 2.5mg</i>	2	
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	1	
CARB/LEVO 50 TABLET /ENTACAP	3	
CARB/LEVO 75 TABLET /ENTACAP	3	
<i>carb/levo er tablet 25-100mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carb/levo er tablet 50-200mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
CARB/LEVO100 TABLET /ENTACAP	3	
CARB/LEVO125 TABLET /ENTACAP	3	
CARB/LEVO150 TABLET /ENTACAP	3	
CARB/LEVO200 TABLET /ENTACAP	3	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	2	
<i>entacapone tablet 200mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INBRIJA CAPSULE 42MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NEUPRO DIS 1MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 2MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 3MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 4MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 6MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 8MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
ONGENTYS CAPSULE 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ONGENTYS CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.125mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.25mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.75mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 1.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rasagiline tablet 0.5mg</i>	3	
<i>rasagiline tablet 1mg</i>	3	
<i>ropinirole tablet 0.25mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 0.5mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 12mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>ropinirole tablet 1mg</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ropinirole tablet 2mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 2mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>ropinirole tablet 3mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 4mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 4mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>ropinirole tablet 5mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 6mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>ropinirole tablet 8mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
RYTARY CAPSULE 145MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
RYTARY CAPSULE 195MG LC 240 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
RYTARY CAPSULE 245MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
RYTARY CAPSULE 95MG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>selegiline capsule 5mg</i>	2	
<i>selegiline tablet 5mg</i>	2	
<i>tolcapone tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>trihexyphen solution 0.4mg/ml</i>	1	
<i>trihexyphen tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>trihexyphen tablet 5mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	1	LC
ZELAPAR TABLET 1.25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam con 1mg/ml</i> LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.25 odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.25mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>alprazolam tablet 0.5mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.5mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.5mg od</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 3mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
BELSOMRA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BELSOMRA TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BELSOMRA TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BELSOMRA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>buspirone tablet 10mg</i>	1	
<i>buspirone tablet 15mg</i>	1	
<i>buspirone tablet 30mg</i>	1	
<i>buspirone tablet 5mg</i>	1	
<i>buspirone tablet 7.5mg</i>	1	
<i>cloraz dipot tablet 15mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cloraz dipot tablet 3.75mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cloraz dipot tablet 7.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diazepam con 5mg/ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
DIAZEPAM GEL 10MG	2	
DIAZEPAM GEL 2.5MG	2	
DIAZEPAM GEL 20MG	2	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diazepam tablet 10mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diazepam tablet 2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diazepam tablet 5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>eszopiclone tablet 1mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>eszopiclone tablet 2mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>eszopiclone tablet 3mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
HETLIOZ LQ SUSPENSION 4MG/ML LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>hydroxyz hcl tablet 10mg</i>	2	
<i>hydroxyz hcl tablet 25mg</i>	2	
<i>hydroxyz hcl tablet 50mg</i>	2	
<i>hydroxyz pam capsule 100mg</i>	2	
<i>hydroxyz pam capsule 25mg</i>	2	
<i>hydroxyz pam capsule 50mg</i>	2	
<i>lorazepam con 2mg/ml</i> LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lorazepam tablet 0.5mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lorazepam tablet 1mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lorazepam tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NAYZILAM SPR 5MG LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>ramelteon tablet 8mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tasimelteon capsule 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>temazepam capsule 15mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>temazepam capsule 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>triazolam tablet 0.125mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>triazolam tablet 0.25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
VALTOCO SPR 10MG LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
VALTOCO SPR 15MG LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
VALTOCO SPR 20MG LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
VALTOCO SPR 5MG LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>zaleplon capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zaleplon capsule 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem tablet 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem er tablet 12.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem er tablet 6.25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acampro cal tablet 333mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>atomoxetine capsule 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 18mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
EXSERVAN MIS 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>guanfacine tablet 1mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 2mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 3mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 4mg er</i>	1	
MEMANT TITRA PACKET 5-10MG LC 49 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>memantine tablet hcl 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>memantine tablet hcl 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>memantine hc capsule 14mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 21mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 28mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 7mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc solution 2mg/ml</i>	2	
NOURIANZ TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NOURIANZ TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NUDEXTA CAPSULE 20-10MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
QELBREE CAPSULE 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 150MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 200MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
RADICAVA ORS SUSPENSION STARTER LC 70 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
RELYVRIO PACKET 3-1GM LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>riluzole tablet 50mg</i>	3	
SUNOSI TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SUNOSI TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO TABLET 12MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO TABLET 6MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO TABLET 9MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET 12MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET 24MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET 6MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET TITR KIT LC 42 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
<i>tetrabenazin tablet 12.5mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
tetrabenazin tablet 25mg LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
COMPUESTOS DE ORO		
GOLD COMPOUNDS		
RIDAURA CAPSULE 3MG	5	
ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA		
ALKALINIZING AGENTS		
pot citra er tablet 1080mg	2	
pot citra er tablet 1620mg	2	
pot citra er tablet 540mg	2	
CALORIC AGENTS		
CLINIMIX INJECTABLE 4.25/D10	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 4.25/D5W	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 5%/D15W	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 5%/D20W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 2.75/D5W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 4.25/D10	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 4.25/D5W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 5%/D15W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 5%/D20W	3	IH
clinisol sf injectable 15%	2	IH
DEXTROSE INJECTABLE 10%	2	IH
DEXTROSE INJECTABLE 5%	2	IH
ISOLYTE-P INJECTABLE /D5W	3	IH
NUTRILIPID EMU 20%	3	IH
plenamine injectable 15%	2	IH
premasol solution 10%	3	IH
PROSOL INJECTABLE 20%	3	IH
TRAVASOL INJECTABLE 10%	3	IH
TROPHAMINE INJECTABLE 10%	3	IH
ION-REMOVING AGENTS		
AURYXIA TABLET 210MG LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
lanthanum chw 1000mg LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
lanthanum chw 500mg LC 450 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
lanthanum chw 750mg LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LOKELMA PACKET 10GM LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
LOKELMA PACKET 5GM LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
sevelamer tablet 400mg	2	
sevelamer tablet 800mg	2	
sevelamer tablet 800mg	2	
sod poly sul pow	2	
sps suspension 15gm/60	2	
VELPHORO CHW 500MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VELTASSA POW 16.8GM LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VELTASSA POW 25.2GM LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VELTASSA POW 8.4GM LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
URICOSURIC AGENTS		
proben/colch tablet 500-0.5	1	
probenecid tablet 500mg	1	
AMMONIA DETOXICANTS		
carglumic tablet 200mg	5	AP
constulose solution 10gm/15	1	
enulose solution 10gm/15	1	
generlac solution 10gm/15	1	
lactulose packet 10gm	2	
lactulose solution 10gm/15	1	
phenylbutyra pow sodium	2	
DIURETICS		
amilor/hctz tablet 5-50	1	
AMILORIDE TABLET 5MG	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BUMETANIDE TABLET 0.5MG	1	
<i>bumetanide tablet 1mg</i>	1	
BUMETANIDE TABLET 2MG	1	
<i>chlorthalid tablet 25mg</i>	1	
<i>chlorthalid tablet 50mg</i>	1	
DIURIL SUSPENSION 250/5ML	3	
<i>ethacrynic tablet acd 25mg</i>	4	LC; AP
LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>furosemide solution 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide solution 40mg/5ml</i>	1	
<i>furosemide tablet 20mg</i>	1	
<i>furosemide tablet 40mg</i>	1	
<i>furosemide tablet 80mg</i>	1	
<i>hydrochlorot capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 25mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 2.5mg</i>	1	
JYNARQUE PACKET 15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 30-15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 45-15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 60-30MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 90-30MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE TABLET 15MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE TABLET 30MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>metolazone tablet 10mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 5mg</i>	1	
<i>tolvaptan tablet 15mg</i>	5	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tolvaptan tablet 30mg</i>	5	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>torsemide tablet 100mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 10mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 20mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 5mg</i>	1	
<i>triamt/hctz capsule 37.5-25</i>	1	
<i>triamt/hctz tablet 37.5-25</i>	1	
<i>triamt/hctz tablet 75-50mg</i>	1	
TRIAMTERENE CAPSULE	3	LC
100MG		
LC 90 cada 30 dia(s)		
TRIAMTERENE CAPSULE 50MG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
REPLACEMENT PREPARATIONS		
CALC ACETATE CAPSULE	2	
667MG		
D10W/NACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D10W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.45%		
D2.5W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.45%		
D5W/NACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D5W/NACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D5W/NACL INJECTABLE 0.9%	2	IH
ISOLYTE-S INJECTABLE PH 7.4	3	IH
KCL/D5W/LACT INJECTABLE	2	IH
20MEQ/L		
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
KCL/D5W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.15/0.2		
<i>klor-con packet 20meq</i>	3	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KLOR-CON 10 TABLET 10MEQ ER	1	
KLOR-CON 8 TABLET 8MEQ ER	1	
<i>klor-con m15 tablet 15meq er</i>	4	
<i>klor-con m20 tablet 20meq er</i>	1	
<i>mult electro injectable ph 5.5</i>	3	IH
PLASMA-LYTE INJECTABLE -148	3	IH
PLASMA-LYTE INJECTABLE -A	3	IH
<i>pot chl/d5w injectable 20meq/l</i>	2	IH
<i>pot chl/nacl injectable 20meq/l</i>	3	IH
<i>pot chl/nacl injectable 20meq/l</i>	3	IH
<i>pot chl/nacl injectable 40meq/l</i>	3	IH
<i>pot chloride capsule 10meq er</i>	1	
<i>pot chloride capsule 8meq er</i>	1	
POT CHLORIDE INJECTABLE 10MEQ	3	IH
POT CHLORIDE INJECTABLE 20MEQ	3	IH
<i>pot chloride injectable 2meq/ml</i>	3	IH
POT CHLORIDE INJECTABLE 40MEQ	3	IH
<i>pot chloride pow 20meq</i>	2	
<i>pot chloride solution 10%</i>	2	
<i>pot chloride solution 20%</i>	2	
<i>pot chloride tablet 10meq er</i>	1	
<i>pot chloride tablet 20meq er</i>	1	
POT CHLORIDE TABLET 8MEQ ER	1	
<i>pot cl micro tablet 10meq er</i>	1	
<i>pot cl micro tablet 15meq er</i>	2	
<i>pot cl micro tablet 20meq er</i>	1	
SOD CHLORIDE INJECTABLE 0.45%	2	IH
SOD CHLORIDE INJECTABLE 0.9%	2	IH
SOD CHLORIDE INJECTABLE 3%	2	IH
SOD CHLORIDE INJECTABLE 5%	2	IH
TPN ELECTROL INJECTABLE	2	IH
IRRIGATING SOLUTIONS		
SODIUM CHLOR SOLUTION 0.9% IRR	1	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ENZIMAS		
ENZYMES		
PALYNZIQ INJECTABLE 10/0.5ML	5	LC; AP
LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
PALYNZIQ INJECTABLE 2.5/0.5	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
PALYNZIQ INJECTABLE 20MG/ML	5	LC; AP
LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
REVCIVI INJECTABLE 1.6MG/ML	5	AP
SUCRAID SOLUTION 8500/ML	5	LC; AP; AL
LC 354 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT)		
ANTIALLERGIC AGENTS		
ALOMIDE SOLUTION 0.1% OP	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>azelastine dro 0.05%</i>	3	
<i>azelastine spr 0.1%</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>bepotastine dro 1.5%</i>	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>olopatadine dro 0.1%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>olopatadine spr 0.6%</i>	2	LC; TE
LC 30.50 cada 30 dia(s)		
ANTIGLAUCOMA AGENTS		
<i>acetazolamid capsule 500mg er</i>	2	
<i>acetazolamid tablet 125mg</i>	1	
<i>acetazolamid tablet 250mg</i>	1	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
BETAXOLOL SOLUTION 0.5% OP	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BETOPTIC-S SUSPENSION 0.25% OP	4	
<i>bimatoprost solution 0.03%</i>	3	LC
LC 7.50 cada 30 dia(s)		
<i>brimonidine solution 0.2% op</i>	1	
<i>brinzolamide suspension 1% op</i>	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
COMBIGAN SOLUTION 0.2/0.5%	2	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
<i>dorzol/timol solution 2%-0.5%</i>	2	
<i>dorzol/timol solution 2-0.5%op</i>	2	
<i>dorzolamide solution 2% op</i>	2	
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	
<i>levobunolol solution 0.5% op</i>	2	
LUMIGAN SOLUTION 0.01%	3	LC
LC 5 cada 30 dia(s)		
<i>methazolamid tablet 25mg</i>	2	
<i>methazolamid tablet 50mg</i>	2	
PILOCARPINE SOLUTION 1% OP	3	
PILOCARPINE SOLUTION 2% OP	3	
PILOCARPINE SOLUTION 4% OP	3	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
ROCKLATAN DRO	4	LC; TE
LC 5 cada 30 dia(s)		
SIMBRINZA SUSPENSION 1-0.2%	3	LC
LC 16 cada 30 dia(s)		
<i>timolol gel solution 0.25% op</i>	3	
<i>timolol gel solution 0.5% op</i>	3	
<i>timolol mal solution 0.25% op</i>	1	
<i>timolol mal solution 0.25% op</i>	1	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	1	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	1	
<i>timolol male solution 0.5%</i>	2	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	TE
XELPROS EMU 0.005%	4	LC
LC 2.50 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE SOLUTION 1%	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
<i>bacit/polymy oin op</i>	2	
<i>bacitracin oin op</i>	2	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>chlorhex glu solution 0.12%</i>	2	
CILOXAN OIN 0.3% OP	4	LC
LC 17.50 cada 30 dia(s)		
CIPRO HC SUSPENSION OTIC	3	
<i>cipro/dexa suspension</i>	3	
0.3-0.1%		
CIPROFLOXACN SOLUTION	2	NM
0.2%		
<i>ciprofloxacn solution 0.3% op</i>	2	
<i>erythromycin oin 5mg/gm</i>	2	
GATIFLOXACIN SOLUTION	2	LC
0.5%		
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>gentamicin solution 0.3% op</i>	2	
<i>levofloxacin solution 0.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin solution hcl 0.5%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
NATACYN SUSPENSION 5% OP	4	
<i>neo/bac/poly oin op</i>	2	
<i>neo/poly/bac oin /hc 1%op</i>	2	
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	1	
<i>neo/poly/dex suspension 0.1%</i>	1	
<i>op</i>		
<i>neo/poly/gra solution op</i>	2	
<i>neo/poly/hc solution 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension 1%</i>	2	
<i>otic</i>		
<i>neo/poly/hc suspension op</i>	3	
<i>ofloxacin dro 0.3% op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3%otic</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>periogard solution 0.12%</i>	2	
<i>sulf/pred na solution op</i>	2	
<i>sulfacet sod oin 10% op</i>	2	
<i>sulfacet sod solution 10% op</i>	2	
<i>tobra/dexame suspension 0.3-0.1%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	4	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.3-0.05	4	
<i>tobramycin solution 0.3% op</i>	1	
TOBREX OIN 0.3% OP	4	
<i>trifluridine solution 1% op</i>	2	
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
ZYLET SUSPENSION 0.5-0.3%	4	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ALREX SUSPENSION 0.2%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 100MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 200MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 50MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
BECONASE AQ SUSPENSION 0.042%	4	LC; TE
LC 25 cada 30 dia(s)		
<i>bromfenac solution 0.09% op</i>	3	
<i>cyclosporine emu 0.05% op</i>	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>dexameth pho solution 0.1% op</i>	2	
<i>diclofenac solution 0.1% op</i>	2	
<i>difluprednat emu 0.05%</i>	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
FLAREX SUSPENSION 0.1% OP	4	
FLOVENT DISK AER 100MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FLOVENT DISK AER 250MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FLOVENT DISK AER 50MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FLOVENT HFA AER 110MCG	3	LC
LC 12 cada 30 dia(s)		
FLOVENT HFA AER 220MCG	3	LC
LC 24 cada 30 dia(s)		
FLOVENT HFA AER 44MCG	3	LC
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
<i>flunisolide spr 0.025%</i>	1	LC
LC 50 cada 30 dia(s)		
<i>fluocin acet oil 0.01%</i>	3	
FLUOROMETHOL SUSPENSION 0.1% OP	2	
<i>flurbiprofen solution 0.03% op</i>	3	
<i>fluticasone spr 50mcg</i>	1	LC
LC 16 cada 30 dia(s)		
FML FORTE SUSPENSION 0.25% OP	4	
<i>hc/acet acid solution otic</i>	3	
ILEVRO DRO 0.3% OP	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
KETOROLAC SOLUTION 0.4%	2	
<i>ketorolac solution 0.5%</i>	2	
LOTEMAX OIN 0.5%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
LOTEMAX SM GEL 0.38%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
LOTEPREDNOL GEL 0.5%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
LOTEPREDNOL SUSPENSION 0.5%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
MAXIDEX SUSPENSION 0.1% OP	4	
<i>mometasone spr 50mcg</i>	2	LC
LC 34 cada 30 dia(s)		
NEVANAC SUSPENSION 0.1% OP	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OMNARIS SPR	4	LC; TE
LC 12.50 cada 30 dia(s)		
<i>pred sod pho solution 1% op</i>	2	
PREDNISOLONE SUSPENSION 1% OP	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
QNASL AER 80MCG	4	LC; TE
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
QNASL CHILD SPR 40MCG	4	LC; TE
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
<i>triamcinolon pst den 0.1%</i>	2	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG	3	LC
LC 8.40 cada 30 dia(s)		
VERKAZIA EMU 0.1% OP	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
XHANCE MIS 93MCG	4	AP
XIIDRA DRO 5%	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ZETONNA AER 37MCG	4	LC; TE
LC 6.10 cada 30 dia(s)		
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid solution 2% otic</i>	2	
APRACLONIDIN SOLUTION 0.5% OP	2	
CYSTADROPS SOLUTION 0.37%	5	LC; AP
LC 20 cada 30 dia(s)		
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
IOPIDINE SOLUTION 1% OP	4	
<i>ipratropium spr 0.03%</i>	1	
<i>ipratropium spr 0.06%</i>	1	
OXERVATE SOLUTION 20MCG/ML	5	LC; AP
LC 28 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
FORMACIÓN SANGUÍNEA, COAGULACIÓN Y		
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
<i>enoxaparin injectable 100mg/ml</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>enoxaparin injectable 120/0.8</i>	3	
<i>enoxaparin injectable 150mg/ml</i>	3	
<i>enoxaparin injectable 30/0.3ml</i>	3	
<i>enoxaparin injectable 40/0.4ml</i>	3	
<i>enoxaparin injectable 60/0.6ml</i>	3	
<i>enoxaparin injectable 80/0.8ml</i>	3	
GASTROINTESTINAL DRUGS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ALOSETRON TABLET 0.5MG	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
ALOSETRON TABLET 1MG	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>balsalazide capsule 750mg</i>	2	
BUDESONIDE TABLET ER 9MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
DIPENTUM CAPSULE 250MG	4	
<i>mesalamine capsule 0.375gm</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine capsule 400mg dr</i>	2	
<i>mesalamine capsule 500mg er</i>	3	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine ene 4gm</i>	3	
<i>mesalamine tablet 1.2gm</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine tablet 800mg dr</i>	2	
PENTASA CAPSULE 250MG CR	4	LC
LC 480 cada 30 dia(s)		
ROWASA KIT 4GM	4	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM CAPSULE 250MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
CHOLBAM CAPSULE 50MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GATTEX KIT 5MG	5	AP
LINZESS CAPSULE 145MCG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
LINZESS CAPSULE 290MCG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
LINZESS CAPSULE 72MCG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
<i>lubiprostone capsule 24mcg</i> LC 60 cada 30 día(s)	2	LC
<i>lubiprostone capsule 8mcg</i> LC 60 cada 30 día(s)	2	LC
MOVANTIK TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
MOVANTIK TABLET 25MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
OICALIVA TABLET 10MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
OICALIVA TABLET 5MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 12/0.6ML LC 16.80 mililitro(s) cada 28 día(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 8/0.4ML LC 22.40 mililitro(s) cada 28 día(s)	5	LC; AP
SYMPROIC TABLET 0.2MG	3	
TRULANCE TABLET 3MG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC; TE
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
ADRENALS		
ADVAIR DISKU AER 100/50 LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
ADVAIR DISKU AER 250/50 LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
ADVAIR DISKU AER 500/50 LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
ADVAIR HFA AER 115/21 LC 12 cada 30 día(s)	1	LC
ADVAIR HFA AER 230/21 LC 12 cada 30 día(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ADVAIR HFA AER 45/21 LC 12 cada 30 día(s)	1	LC
ASMANEX 120 AER 220MCG LC 1 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 110MCG LC 1 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 220MCG LC 1 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX 60 AER 220MCG LC 1 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 100 MCG LC 13 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 200 MCG LC 13 cada 30 día(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 50MCG LC 13 cada 30 día(s)	3	LC
BREO ELLIPTA INH 100-25 LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
BREO ELLIPTA INH 200-25 LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
<i>budesonide capsule 3mg dr</i>	2	
<i>budesonide suspension</i> 0.25mg/2 LC 240 cada 30 día(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension</i> 0.5mg/2 LC 240 cada 30 día(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension</i> 1mg/2ml LC 240 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC; BvsD
<i>dexamethason solution</i> 0.5/5ml	2	
<i>dexamethason tablet 0.5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 0.75mg</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dexamethason tablet 1.5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 1mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 2mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 4mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 6mg</i>	2	
DULERA AER 100-5MCG LC 13 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DULERA AER 200-5MCG LC 13 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DULERA AER 50-5MCG LC 13 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>fludrocort tablet 0.1mg</i>	1	
HEMADY TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>hydrocort tablet 10mg</i>	2	
HYDROCORT TABLET 20MG	2	
<i>hydrocort tablet 5mg</i>	2	
INTRAROSA SUP 6.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>methylpred tablet 16mg</i>	2	
<i>methylpred tablet 32mg</i>	2	
<i>methylpred tablet 4mg</i>	2	
<i>methylpred tablet 4mg</i>	2	
<i>methylpred tablet 8mg</i>	2	
PRED SOD PHO SOLUTION 5MG/5ML	2	
<i>prednisolone solution 10mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone solution 15mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone solution 20mg/5ml</i>	2	
<i>prednisolone solution 25mg/5ml</i>	2	
PREDNISOLONE TABLET 10MG ODT	3	
PREDNISOLONE TABLET 15MG ODT	3	
PREDNISOLONE TABLET 30MG ODT	3	
<i>prednisone con 5mg/ml</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tablet 10mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 1mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 2.5mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 20mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 50mg</i>	1	
<i>prednisone tablet 5mg</i>	1	
TARPEYO CAPSULE 4MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose tablet 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>acarbose tablet 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>acarbose tablet 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 12.5-30 LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-15MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-30MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-45MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 6.25MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC; BC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FARXIGA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
FARXIGA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
FIASP INJECTABLE 100/ML	3	BI
FIASP FLEX INJECTABLE TOUCH	3	BI
FIASP PENFIL INJECTABLE U-100	3	BI
<i>glimepiride tablet 1mg</i>	1	BC
<i>glimepiride tablet 2mg</i>	1	BC
<i>glimepiride tablet 4mg</i>	1	BC
<i>glip/metform tablet 2.5-250m</i>	1	BC
<i>glip/metform tablet 2.5-500m</i>	1	BC
<i>glip/metform tablet 5-500mg</i>	1	BC
<i>glipizide tablet 10mg</i>	1	BC
<i>glipizide tablet 5mg</i>	1	BC
<i>glipizide er tablet 10mg</i>	1	BC
<i>glipizide er tablet 2.5mg</i>	1	BC
<i>glipizide er tablet 5mg</i>	1	BC
<i>glyb/metform tablet 1.25-250</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>glyb/metform tablet 2.5-500</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>glyb/metform tablet 5-500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
GLYXAMBI TABLET 10-5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
GLYXAMBI TABLET 25-5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
HUMALOG INJECTABLE 100/ML	3	BI
HUMALOG INJECTABLE 100/ML	3	BI
HUMALOG JR INJECTABLE 100/ML	3	BI
HUMALOG KWIK INJECTABLE 100/ML	3	BI
HUMALOG KWIK INJECTABLE 200/ML	3	BI
HUMALOG MIX INJECTABLE 50/50	3	BI

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
HUMALOG MIX INJECTABLE 50/50KWP	3	BI
HUMALOG MIX INJECTABLE 75/25KWP	3	BI
HUMALOG MIX SUSPENSION 75/25	3	BI
HUMALOG TMPO INJECTABLE 100/ML	3	BI
HUMULIN R INJECTABLE U-500	3	AP
HUMULIN R INJECTABLE U-500	3	AP
INS ASP PROT INJECTABLE FLEXPEN	1	BI
INS DEGL FLX INJECTABLE 100UNIT LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; BI
INS DEGL FLX INJECTABLE 200UNIT LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; BI
INSULIN ASPA INJECTABLE 100/ML	1	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE 70/30	1	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE FLEXPEN	1	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE PENFILL	1	BI
INSULIN DEGL INJECTABLE 100UNIT LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; BI
INSULIN LISP INJECTABLE 100/ML	1	BI
INSULIN LISP INJECTABLE 100/ML	1	BI
INSULIN LISP INJECTABLE JUNIOR	1	BI

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INSULIN LISP INJECTABLE PROTAMIN	1	BI
JANUMET TABLET 50-1000 LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JANUMET TABLET 50-500MG LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 100-1000 LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 50-1000 LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 50-500MG LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 25MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 50MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JARDIANCE TABLET 10MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JARDIANCE TABLET 25MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET 2.5-1000 LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET 2.5-500 LC 120 cada 30 día(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET XR LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET XR LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
LANTUS INJECTABLE 100/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 día(s)	3	LC; BI
LANTUS SOLOS INJECTABLE 100/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 día(s)	3	LC; BI
LEVEMIR INJECTABLE LC 120 cada 30 día(s)	4	LC; AP; BI

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LEVEMIR INJECTABLE FLEXPEN LC 120 cada 30 día(s)	4	LC; AP; BI
<i>metformin solution 500/5ml</i>	1	BC
<i>metformin tablet 1000mg</i>	1	BC
<i>metformin tablet 500mg</i>	1	BC
<i>metformin tablet 500mg er</i>	1	BC
<i>metformin tablet 750mg er</i>	1	BC
<i>metformin tablet 850mg</i>	1	BC
<i>miglitol tablet 100mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 25mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 50mg</i>	2	BC
<i>nateglinide tablet 120mg</i>	1	BC
<i>nateglinide tablet 60mg</i>	1	BC
NOVOLIN INJECTABLE 70/30	1	BI
NOVOLIN INJECTABLE 70/30 FP	1	BI
NOVOLIN N INJECTABLE 100 UNIT	1	BI
NOVOLIN N INJECTABLE U-100	1	BI
NOVOLIN R INJECTABLE 100 UNIT	1	BI
NOVOLIN R INJECTABLE U-100	1	BI
NOVOLOG INJECTABLE 100/ML	3	BI
NOVOLOG INJECTABLE FLEXPEN	3	BI
NOVOLOG INJECTABLE PENFILL	3	BI
NOVOLOG MIX INJECTABLE 70/30	3	BI
NOVOLOG MIX INJECTABLE FLEXPEN	3	BI
OZEMPIC INJECTABLE 2MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 día(s)	3	LC; AP
OZEMPIC INJECTABLE 4MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 día(s)	3	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
OZEMPIC INJECTABLE 8MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	3	LC; AP
PIOGLIT/GLIM TABLET 30-2MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
PIOGLIT/GLIM TABLET 30-4MG LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>pioglit/met tablet 15-500mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>pioglit/met tablet 15-850mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 45mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>repaglinide tablet 0.5mg</i>	1	BC
<i>repaglinide tablet 1mg</i>	1	BC
<i>repaglinide tablet 2mg</i>	1	BC
RYBELSUS TABLET 14MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
RYBELSUS TABLET 3MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
RYBELSUS TABLET 7MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>saxa/metfor tablet 2.5-1000</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>saxa/metfor tablet 5-1000mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>saxa/metfor tablet 5-500mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>saxagliptin tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
<i>saxagliptin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
SEGLUROMET TABLET 2.5-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SEGLUROMET TABLET 2.5-500 LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SEGLUROMET TABLET 7.5-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SEGLUROMET TABLET 7.5-500 LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SOLIQUA INJECTABLE 100/33 LC 18 cada 30 dia(s)	3	LC; TE; BI
STEGLATRO TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
STEGLATRO TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SYMLINPEN 60 INJECTABLE 1000MCG LC 10.80 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
SYMLINPEN 120 INJECTABLE 1000MCG LC 10.80 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
SYNJARDY TABLET LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 12.5-500 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 5-1000MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 5-500MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
TOUJEO MAX INJECTABLE 300IU/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
TOUJEO SOLO INJECTABLE 300IU/ML LC 45 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
TRADJENTA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRULICITY INJECTABLE 0.75/0.5 LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
TRULICITY INJECTABLE 1.5/0.5 LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
TRULICITY INJECTABLE 3/0.5 LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
TRULICITY INJECTABLE 4.5/0.5 LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
VICTOZA INJECTABLE 18MG/3ML LC 9 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
XIGDUO XR TABLET 10-1000 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
XIGDUO XR TABLET 10-500MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
XIGDUO XR TABLET 2.5-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
XIGDUO XR TABLET 5-1000MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
XIGDUO XR TABLET 5-500MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	2	
GLUCAGEN INJECTABLE HYPOKIT	3	
GLUCAGON KIT 1MG	3	
GVOKE HYPO 2 INJECTABLE .5/.1ML	3	
GVOKE HYPO 2 INJECTABLE 1MG/.2ML	3	
GVOKE KIT SOLUTION 1MG/0.2M	3	
GVOKE PFS INJECTABLE	3	
GVOKE PFS INJECTABLE	3	
KORLYM TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEGALOGUE INJECTABLE 0.6/0.6	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZEGALOGUE INJECTABLE 0.6/0.6	4	
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
EUTHYROX TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
EUTHYROX TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 100mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 112mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 125mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 137mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 150mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 175mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levothyroxin tablet 200mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 25mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 300mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 50mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 75mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levothyroxin tablet 88mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
LEVOXYL TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>liothyronine tablet 25mcg</i>	2	
<i>liothyronine tablet 50mcg</i>	2	
<i>liothyronine tablet 5mcg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methimazole tablet 10mg</i>	2	
<i>methimazole tablet 5mg</i>	2	
<i>propylthiour tablet 50mg</i>	2	
SYNTHROID TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 300MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
TIROSINT-SOL SOLUTION 100MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 112MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 125MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 137MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 13MCG/ML	3	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TIROSINT-SOL SOLUTION 150MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 175MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 200MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 25MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 37.5/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 44MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 50MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 62.5/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 75MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 88MCG/ML	3	
UNITHROID TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 300MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
UNITHROID TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
ANDROGENS		
<i>danazol capsule 100mg</i>	2	
<i>danazol capsule 200mg</i>	2	
<i>danazol capsule 50mg</i>	2	
<i>depo-testost injectable 100mg/ml</i>	4	LC; BvsD
<i>depo-testost injectable 200mg/ml</i>	4	LC; BvsD
<i>testost cyp injectable 100mg/ml</i>	2	
<i>testost cyp injectable 200mg/ml</i>	2	
<i>testost enan injectable 200mg/ml</i>	2	LC
<i>testosterone gel 1%(25mg)</i>	3	LC
<i>testosterone gel 1%(50mg)</i>	3	LC
<i>testosterone gel 1.62%</i>	3	LC
<i>testosterone gel 1.62%</i>	3	LC
<i>testosterone gel 1.62%</i>	3	LC
<i>testosterone gel 10mg/act</i>	3	LC; AP
<i>testosterone gel pump 1%</i>	3	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>testosterone solution 30mg/act</i> LC 180 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
GENOTROPIN INJECTABLE 0.2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.4MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.6MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.8MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.4MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.6MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.8MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 12MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 5MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 12MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 24MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 6MG	5	AP
INCRELEX INJECTABLE 40MG/4ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 15/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 30/3ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 5/1.5ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE 10MG/2ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE 20MG/2ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE NUSPIN 5	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 5/1.5ML	5	AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SAIZEN INJECTABLE 5MG	5	AP
SAIZEN INJECTABLE 8.8MG	5	AP
SOMAVERT INJECTABLE 10MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMAVERT INJECTABLE 15MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMAVERT INJECTABLE 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CONTRACEPTIVES		
<i>amabelz tablet 0.5-0.1</i>	2	
<i>amabelz tablet 1-0.5mg</i>	2	
<i>amethia tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>apri tablet</i>	2	
<i>aranelle tablet</i>	1	
<i>aviane tablet</i>	1	
<i>balziva tablet</i>	2	
<i>blisovi fe tablet 1.5/30</i>	2	
<i>briellyn tablet</i>	2	
<i>camila tablet 0.35mg</i>	2	
<i>cryselle-28 tablet 28 tablets</i>	1	
<i>deso/ethinyl tablet estradio</i>	2	
<i>deso/ethinyl tablet estradio</i>	1	
<i>dolishale tablet 90-20mcg</i>	2	
<i>drospir/ethi tablet 3-0.03mg</i>	1	
DROSPIRE/ETH TABLET ESTR/LEV	2	
<i>eluryng mis</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>errin tablet 0.35mg</i>	2	
<i>estarylla tablet 0.25-35</i>	2	
<i>estra/noreth tablet 0.5-0.1</i>	2	
<i>estra/noreth tablet 1-0.5mg</i>	2	
<i>ethy eth est tablet 1-35</i>	2	
<i>ethynodiol tablet 1-50</i>	2	
<i>etonogestrel mis ethy est</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fyavolv tablet 0.5-2.5</i>	2	
<i>fyavolv tablet 1-5</i>	2	
<i>hailey 24 tablet fe</i>	2	
<i>haloette mis</i>	2	LC
LC 1 cada 28 dia(s)		
<i>iclevia tablet</i>	1	LC
LC 91 cada 91 dia(s)		
<i>introvale tablet</i>	2	LC
LC 91 cada 91 dia(s)		
<i>jasmiel tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>jinteli tablet 1mg-5mcg</i>	2	
<i>junel 1.5/30 tablet</i>	1	
<i>junel fe tablet 1.5/30</i>	1	
<i>junel fe tablet 1/20</i>	1	
<i>junel fe 24 tablet 1/20</i>	1	
<i>kariva tablet 28 day</i>	2	
<i>kelnor tablet 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50 tablet</i>	1	
<i>lessina tablet</i>	2	
<i>levo-eth est tablet 90-20mcg</i>	2	
<i>levonest tablet</i>	2	
<i>levonor/ethi tablet</i>	1	
<i>levonor/ethi tablet estradio</i>	1	
<i>levonor/ethi tablet estradio</i>	1	LC
LC 91 cada 91 dia(s)		
<i>levora-28 tablet 0.15/30</i>	2	
LO LOESTRIN TABLET 1-10-10	4	
<i>loestrin tablet 1/20-21</i>	4	
<i>loestrin 21 tablet 1.5/30</i>	4	
<i>loestrin fe tablet 1.5/30</i>	4	
<i>loestrin fe tablet 1/20</i>	4	
<i>loryna tablet 3-0.02mg</i>	1	
<i>lutra tablet</i>	1	
<i>lyleq tablet 0.35mg</i>	2	
<i>marlissa tablet 0.15/30</i>	2	
<i>merzee capsule 1/20</i>	2	
<i>micrgstin 24 tablet fe 1/20</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>microgestin tablet 1.5/30</i>	1	
<i>microgestin tablet 1/20</i>	1	
<i>microgestin tablet fe 1/20</i>	1	
<i>microgestin tablet fe1.5/30</i>	1	
<i>mili tablet 0.25/35</i>	2	
<i>mimvey tablet 1-0.5mg</i>	2	
<i>necon tablet 0.5/35</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet 0.5-2.5</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet 1/20</i>	1	
<i>noreth/ethin tablet 1mg-5mcg</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet fe</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet fe 1/20</i>	2	
<i>norethin ace tablet 5mg</i>	1	
<i>norethindron tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norgest/ethi tablet 0.25/35</i>	1	
<i>norgest/ethi tablet estradio</i>	1	
<i>nortrel tablet 0.5/35</i>	1	
<i>nortrel tablet 1/35</i>	1	
<i>nortrel tablet 7/7/7</i>	1	
<i>nylia tablet 1/35</i>	2	
<i>nylia tablet 7/7/7</i>	2	
<i>nymyo tablet 0.25-35</i>	1	
<i>portia-28 tablet</i>	2	
<i>prefest tablet</i>	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>reclipsen tablet</i>	1	
SAFYRAL TABLET	4	
SLYND TABLET 4MG	4	TE
<i>sprintec 28 tablet 28 day</i>	1	
<i>sronyx tablet</i>	2	
<i>tarina 24 fe tablet</i>	2	
<i>tilia fe tablet</i>	2	
<i>tri-estaryll tablet</i>	2	
<i>tri-legest tablet fe</i>	2	
<i>tri-lo tablet estaryll</i>	2	
<i>tri-lo- tablet sprintec</i>	2	
<i>tri-nymyo tablet</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>tri-sprintec tablet</i>	2	
<i>tri-vylibra tablet lo</i>	2	
<i>trivora-28 tablet</i>	2	
<i>velivet packet</i>	2	
<i>vestura tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>vienva tablet 0.1-20</i>	1	
<i>vylibra tablet 0.25-35</i>	2	
<i>xulane dis 150-35</i>	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		
<i>zovia 1/35 tablet</i>	1	
PITUITARY		
<i>desmopressin spr 0.01%</i>	1	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>desmopressin tablet 0.1mg</i>	1	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>desmopressin tablet 0.2mg</i>	1	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
OMNITROPE INJECTABLE 5.8MG	5	AP
ZOMACTON INJECTABLE 10MG	5	AP
ZOMACTON INJECTABLE 5MG	4	AP
PROGESTINS		
CRINONE GEL 4% VAG	4	AP
DEPO-SQ PROV INJECTABLE 104	4	LC
LC 1 cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac injectable</i>	1	LC
150mg/ml		
LC 1 mililitro(s) cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac injectable</i>	1	LC
150mg/ml		
LC 1 mililitro(s) cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac tablet 10mg</i>	1	
<i>medroxypr ac tablet 2.5mg</i>	1	
<i>medroxypr ac tablet 5mg</i>	1	
<i>megestrol suspension 625mg/5m</i>	1	
<i>megestrol ac suspension</i>	1	
40mg/ml		
<i>megestrol ac tablet 20mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>megestrol ac tablet 40mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 100mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 200mg</i>	1	
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES		
ESTROGENS AND ESTROGEN		
AGONISTS-ANTAGONISTS		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>depo-estradi injectable</i>	4	
5mg/ml		
<i>dotti dis 0.025mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.0375mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.05mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.075mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.1mg</i>	2	
<i>estradiol cre 0.01%</i>	1	LC
LC 127.50 cada 30 dia(s)		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	2	
<i>estradiol dis 0.025mg</i>	2	
<i>estradiol dis 0.0375mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.05MG	2	
<i>estradiol dis 0.05mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.06MG	2	
<i>estradiol dis 0.075mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.075MG	2	
<i>estradiol dis 0.1mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.1MG	2	
<i>estradiol tablet 0.5mg</i>	1	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>estradiol tablet 10mcg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>estradiol tablet 1mg</i>	1	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>estradiol tablet 2mg</i>	1	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>exemestane tablet 25mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FEMRING MIS 0.05/24H LC 1 cada 90 día(s)	4	LC; TE
FEMRING MIS 0.1MG/24 LC 1 cada 90 día(s)	4	LC; TE
IMVEXXY MAIN SUP 10MCG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC
IMVEXXY MAIN SUP 4MCG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC
IMVEXXY STRT SUP 10MCG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC
IMVEXXY STRT SUP 4MCG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC
<i>letrozole tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC
<i>lyllana dis 0.025mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.0375mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.05mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.075mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.1mg</i>	2	
ORIAHNN CAPSULE LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
OSPHENA TABLET 60MG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC
PREMARIN TABLET 0.3MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.45MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.625MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.9MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 1.25MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
PREMARIN VAG CRE 0.625MG LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
<i>raloxifene tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	4	
<i>tamoxifen tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC
<i>tamoxifen tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 día(s)	1	LC
<i>toremifene tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
<i>yuvafem tablet 10mcg</i> LC 30 cada 30 día(s)	2	LC
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS		
ELIGARD INJECTABLE 22.5MG	4	BvsD
ELIGARD INJECTABLE 30MG	4	BvsD
ELIGARD INJECTABLE 7.5MG	4	BvsD
FIRMAGON INJECTABLE 120MG	5	BvsD
FIRMAGON INJECTABLE 80MG	4	BvsD
<i>leuprolide injectable 1mg/0.2</i>	5	
LEUPROLIDE INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
LUPR DEP-PED INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
LUPR DEP-PED INJECTABLE 7.5MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 3.75MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 30MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 45MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 7.5MG	5	BvsD
MYFEMBREE TABLET LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ORGOVYX TABLET 120MG LC 32 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORILISSA TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORILISSA TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	4	AP
TRELSTAR MIX INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 3.75MG	5	BvsD
LEPTINS		
MYALEPT INJECTABLE 11.3MG LC 67.80 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS		
<i>calcitonin spr 200/act</i>	1	
<i>cinacalcet tablet 30mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cinacalcet tablet 60mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cinacalcet tablet 90mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
NATPARA INJECTABLE 100MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 25MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 50MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 75MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
TERIPARATIDE INJECTABLE	5	AP
TYMLOS INJECTABLE LC 1.56 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
MYCAPSSA CAPSULE 20MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>octreotide injectable 1000mcg</i>	5	AP
<i>octreotide injectable 100mcg</i>	3	AP
<i>octreotide injectable 200mcg</i>	3	AP
<i>octreotide injectable 500mcg</i>	5	AP
<i>octreotide injectable 50mcg/ml</i>	3	AP
SIGNIFOR INJECTABLE 0.3MG/ML LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SIGNIFOR INJECTABLE 0.6MG/ML LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SIGNIFOR INJECTABLE 0.9MG/ML LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES		
<i>ciproheptad syrup 2mg/5ml</i> LC 4500 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>ciproheptad tablet 4mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>promethazine sup 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine sup 25mg</i>	2	
<i>promethazine syrup 6.25/5ml</i>	2	
<i>promethazine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 25mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 50mg</i>	2	
<i>promethegan sup 25mg</i>	3	
<i>promethegan sup 50mg</i>	3	
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
<i>cetirizine solution 1mg/ml</i> LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
CLARINEX-D TABLET 2.5-120	4	
<i>desloratadin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levocetirizi solution 2.5/5ml</i>	1	
<i>levocetirizi tablet 5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS		
ANTICHOLINERGIC AGENTS		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ATROVENT HFA AER 17MCG	4	
BEVESPI AER 9-4.8MCG	4	LC; TE
LC 10.70 cada 30 dia(s)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	LC
LC 10.70 cada 30 dia(s)		
COMBIVENT AER 20-100	3	LC
LC 8 cada 30 dia(s)		
<i>dicyclomine capsule 10mg</i>	1	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>dicyclomine solution 10mg/5ml</i>	2	LC
LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>dicyclomine tablet 20mg</i>	1	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>diphen/atrop liq 2.5/5</i>	2	
<i>diphen/atrop tablet 2.5mg</i>	2	
<i>glycopyrrol tablet 1mg</i>	1	
<i>glycopyrrol tablet 2mg</i>	1	
<i>glycopyrrola solution 1mg/5ml</i>	3	
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ipratropium solution 0.02%inh</i>	1	BvsD
<i>ipratropium/ solution albuter</i>	1	BvsD
<i>methscopolam tablet 2.5mg</i>	2	
<i>methscopolam tablet 5mg</i>	2	
<i>scopolamine dis 1mg/3day</i>	2	LC
LC 10 cada 28 dia(s)		
SPIRIVA AER 1.25MCG	3	LC
LC 4 cada 30 dia(s)		
SPIRIVA CAPSULE HANDHLR	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SPIRIVA SPR 2.5MCG	3	LC
LC 4 cada 30 dia(s)		
STIOLTO AER 2.5-2.5	3	LC
LC 4 cada 30 dia(s)		
TRELEGY AER 100MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
TRELEGY AER 200MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
ALBUTEROL AER HFA	1	LC
LC 17 cada 30 dia(s)		
ALBUTEROL AER HFA	1	LC
LC 36 cada 30 dia(s)		
<i>albuterol aer hfa</i>	1	LC
LC 13.40 cada 30 dia(s)		
<i>albuterol neb 0.083%</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 0.5%</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 0.63mg/3</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 1.25mg/3</i>	1	BvsD
<i>albuterol syrup 2mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol tablet 2mg</i>	2	
<i>albuterol tablet 4mg</i>	2	
<i>arformoterol neb 15/2ml</i>	3	LC; BvsD
LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
AUVI-Q INJECTABLE 0.15MG	3	LC
LC 2 cada 30 dia(s)		
AUVI-Q INJECTABLE 0.1MG	3	LC
LC 2 cada 30 dia(s)		
AUVI-Q INJECTABLE 0.3MG	3	LC
LC 2 cada 30 dia(s)		
BUDES/FORMOT AER 160-4.5	1	LC; AP
LC 20.40 cada 30 dia(s)		
BUDES/FORMOT AER 80-4.5	1	LC; AP
LC 20.40 cada 30 dia(s)		
<i>droxidopa capsule 100mg</i>	4	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>droxidopa capsule 200mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>droxidopa capsule 300mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
EPINEPHRINE INJECTABLE 0.15MG	2	
<i>epinephrine injectable 0.15mg</i>	2	
<i>epinephrine injectable 0.3mg</i>	2	
EPINEPHRINE INJECTABLE 0.3MG	2	
FLUTIC/SALME AER 100/50 LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 115-21 LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 230-21 LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 250/50 LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 45-21MCG LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 500/50 LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME INH 113/14 LC 1 cada 30 dia(s)	1	LC; AP
FLUTIC/SALME INH 232/14 LC 1 cada 30 dia(s)	1	LC; AP
FLUTIC/SALME INH 55/14 LC 1 cada 30 dia(s)	1	LC; AP
<i>formoterol neb 20/2ml</i> LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BvsD
LEVALBUTEROL AER 45/ACT	1	
<i>levalbuterol neb 0.31mg</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 0.63mg</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 1.25/0.5</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 1.25mg</i>	2	BvsD
LUCEMYRA TABLET 0.18MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>midodrine tablet 10mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>midodrine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>midodrine tablet 5mg</i>	1	
PROAIR DIGIH AER	4	TE
SEREVENT DIS AER 50MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
STRIVERDI AER 2.5MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
SYMBICORT AER 160-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	1	LC
SYMBICORT AER 80-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	1	LC
SYMJEPI INJECTABLE 0.15MG	3	
SYMJEPI INJECTABLE 0.3MG	3	
<i>terbutaline tablet 2.5mg</i>	2	
<i>terbutaline tablet 5mg</i>	2	
VENTOLIN HFA AER LC 36 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>wixela inhub aer 100/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>wixela inhub aer 250/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>wixela inhub aer 500/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
NICOTROL INH LC 1344 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
NICOTROL NS SPR 10MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>varenicline tablet 0.5& 1mg</i> LC 106 cada 365 dia(s)	1	LC
<i>varenicline tablet 0.5mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	1	LC
<i>varenicline tablet 1mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	1	LC
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen tablet 10mg</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>baclofen tablet 20mg</i>	1	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	1	
<i>carisoprodol tablet 350mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>cyclobenzapr tablet 10mg</i>	2	
<i>cyclobenzapr tablet 5mg</i>	2	
<i>cyclobenzapr tablet 7.5mg</i>	2	
<i>dantrolene capsule 100mg</i>	2	
<i>dantrolene capsule 25mg</i>	2	
<i>dantrolene capsule 50mg</i>	2	
<i>metaxalone tablet 400mg</i>	2	
<i>metaxalone tablet 800mg</i>	2	
<i>methocarbam tablet 500mg</i>	2	
<i>methocarbam tablet 750mg</i>	2	
<i>tizanidine capsule 2mg</i>	2	LC; TE
LC 540 cada 30 dia(s)		
<i>tizanidine capsule 4mg</i>	2	LC; TE
LC 270 cada 30 dia(s)		
<i>tizanidine capsule 6mg</i>	2	LC; TE
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>tizanidine tablet 2mg</i>	2	LC
LC 540 cada 30 dia(s)		
<i>tizanidine tablet 4mg</i>	2	LC
LC 270 cada 30 dia(s)		
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
ANTIPEMIC AGENTS		
ALTOPREV TABLET 20MG ER	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALTOPREV TABLET 40MG ER	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALTOPREV TABLET 60MG ER	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atorvastatin tablet 10mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atorvastatin tablet 20mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atorvastatin tablet 40mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>atorvastatin tablet 80mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>cholestyram pow 4gm</i>	2	LC
LC 720 cada 30 dia(s)		
<i>cholestyram pow 4gm lite</i>	2	LC
LC 1195 cada 30 dia(s)		
<i>colesevelam packet 3.75gm</i>	4	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>colesevelam tablet 625mg</i>	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
COLESTIPOL GRA 5GM	2	LC
LC 900 cada 30 dia(s)		
<i>colestipol tablet 1gm</i>	2	LC
LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>ezetim/simva tablet 10-10mg</i>	1	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ezetim/simva tablet 10-20mg</i>	1	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ezetim/simva tablet 10-40mg</i>	1	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ezetim/simva tablet 10-80mg</i>	1	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ezetimibe tablet 10mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fenofibrate capsule 130mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fenofibrate capsule 134mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FENOFIBRATE CAPSULE	1	LC
150MG		
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fenofibrate capsule 200mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FENOFIBRATE CAPSULE 43MG	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FENOFIBRATE CAPSULE 50MG	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fenofibrate capsule 67mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 120mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 145mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 160mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 48mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 54mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibric capsule 135mg dr</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibric capsule 45mg dr</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fluvastatin capsule 20mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fluvastatin capsule 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>icosapent capsule 0.5gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>icosapent capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC
JUXTAPID CAPSULE 10MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 20MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 30MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LIVALO TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LIVALO TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
LIVALO TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lovastatin tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lovastatin tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lovastatin tablet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
NEXLETOL TABLET 180MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
NEXLIZET TABLET 180/10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>niacin tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>niacin er tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>niacin er tablet 750mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>omega-3-acid capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 10mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 20mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>prevalite pow 4gm pk</i> LC 1195 cada 30 dia(s)	2	LC
REPATHA INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
REPATHA PUSH INJECTABLE 420/3.5 LC 3.50 cada 30 dia(s)	3	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
REPATHA SURE INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
rosuvastatin tablet 10mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 20mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 40mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 10mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 20mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 40mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 80mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol capsule 200mg LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
acebutolol capsule 400mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
atenol/chlor tablet 100-25mg	1	
atenol/chlor tablet 50-25mg	1	
atenolol tablet 100mg	1	
atenolol tablet 25mg	1	
atenolol tablet 50mg	1	
betaxolol tablet 10mg	1	
betaxolol tablet 20mg	1	
bisoprol/hctz tablet 10/6.25	1	
bisoprol/hctz tablet 2.5/6.25	1	
bisoprol/hctz tablet 5-6.25mg	1	
bisoprol fum tablet 10mg	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
bisoprol fum tablet 5mg	1	
carteolol solution 1% op	2	
carvedilol capsule 10mg er	1	
carvedilol capsule 20mg er	1	
carvedilol capsule 40mg er	1	
carvedilol capsule 80mg er	1	
carvedilol tablet 12.5mg	1	
carvedilol tablet 25mg	1	
carvedilol tablet 3.125mg	1	
carvedilol tablet 6.25mg	1	
labetalol tablet 100mg	1	
labetalol tablet 200mg	1	
labetalol tablet 300mg	1	
metoprl/hctz tablet 100-25mg	1	
metoprl/hctz tablet 100-50mg	1	
metoprl/hctz tablet 50-25mg	1	
metoprol suc tablet 100mg er	1	
metoprol suc tablet 200mg er	1	
metoprol suc tablet 25mg er	1	
metoprol suc tablet 50mg er	1	
metoprol tar tablet 100mg	1	
metoprol tar tablet 25mg	1	
metoprol tar tablet 37.5mg	1	
metoprol tar tablet 50mg	1	
metoprol tar tablet 75mg	1	
nadolol tablet 20mg	1	
nadolol tablet 40mg	1	
nadolol tablet 80mg	1	
nebivolol tablet 10mg LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 2.5mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 20mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 5mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
pindolol tablet 10mg	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pindolol tablet 5mg</i>	2	
<i>propranolol capsule 120mg er</i>	1	
<i>propranolol capsule 160mg er</i>	1	
<i>propranolol capsule 60mg er</i>	1	
<i>propranolol capsule 80mg er</i>	1	
<i>propranolol solution 20mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol solution 40mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol tablet 10mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 20mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 40mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 60mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 80mg</i>	1	
<i>sorine tablet 120mg</i>	1	
<i>sorine tablet 160mg</i>	1	
<i>sorine tablet 240mg</i>	1	
<i>sorine tablet 80mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 120mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 160mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 80mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 120mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 160mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 80mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 10mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 20mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 5mg</i>	1	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
<i>amlod/atorva tablet 10-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-80mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 2.5-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amlod/atorva tablet 2.5-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 2.5-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-80mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>10-20mg</i>		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>10-40mg</i>		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>2.5-10mg</i>		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>5-10mg</i>		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>5-20mg</i>		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
<i>5-40mg</i>		
<i>amlod/olmesa tablet 10-20mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 10-40mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 5-20mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 5-40mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 10-160mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 10-320mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 5-160mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 5-320mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 10mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 5mg</i>	1	
<i>cartia xt capsule 120/24hr</i>	1	
<i>cartia xt capsule 180/24hr</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cartia xt capsule 240/24hr</i>	1	
<i>cartia xt capsule 300/24hr</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 120mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 180mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 240mg</i>	1	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 180mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 240mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 300mg er</i>	1	
DILTIAZEM CAPSULE 360MG ER	1	
DILTIAZEM CAPSULE 420MG/24	1	
<i>diltiazem capsule 60mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 90mg er</i>	1	
<i>diltiazem tablet 120mg</i>	1	
<i>diltiazem tablet 120mg er</i>	1	
<i>diltiazem tablet 240mg er</i>	1	
<i>diltiazem tablet 300mg er</i>	1	
<i>diltiazem tablet 30mg</i>	1	
<i>diltiazem tablet 360mg er</i>	1	
<i>diltiazem tablet 60mg</i>	1	
<i>diltiazem tablet 90mg</i>	1	
<i>diltiazem er tablet 180mg</i>	1	
<i>diltiazem er tablet 420mg</i>	1	
<i>felodipine tablet 10mg er</i>	1	
<i>felodipine tablet 2.5mg er</i>	1	
<i>felodipine tablet 5mg er</i>	1	
<i>isradipine capsule 2.5mg</i>	2	
<i>isradipine capsule 5mg</i>	2	
<i>matzim la tablet 180mg/24</i>	2	
<i>matzim la tablet 240mg/24</i>	2	
<i>matzim la tablet 300mg/24</i>	2	
<i>matzim la tablet 360mg/24</i>	2	
<i>matzim la tablet 420mg/24</i>	2	
<i>nicardipine capsule 20mg</i>	2	
<i>nicardipine capsule 30mg</i>	2	
<i>nifedipine capsule 10mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nifedipine capsule 20mg</i>	1	
<i>nifedipine tablet 30mg er</i>	1	
<i>nifedipine tablet 30mg er</i>	1	
<i>nifedipine tablet 60mg er</i>	1	
<i>nifedipine tablet 60mg er</i>	1	
<i>nifedipine tablet 90mg er</i>	1	
<i>nifedipine tablet 90mg er</i>	1	
NISOLDIPINE TABLET 17MG ER	2	
<i>nisoldipine tablet 20mg er</i>	2	
<i>nisoldipine tablet 25.5mg</i>	2	
<i>nisoldipine tablet 30mg er</i>	2	
NISOLDIPINE TABLET 34MG ER	2	
<i>nisoldipine tablet 40mg er</i>	2	
NISOLDIPINE TABLET 8.5MG ER	2	
<i>olm med/amlo tablet /hctz</i>	1	
<i>olm med/amlo tablet /hctz</i>	1	
<i>olm med/amlo tablet /hctz</i>	1	
<i>olm med/amlo tablet /hctz</i>	1	
<i>olm med/amlo tablet /hctz</i>	1	
<i>taztia xt capsule 120mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 180mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 240mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 300mg er</i>	1	
<i>taztia xt capsule 360mg/24</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 40-10mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 40-5mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 80-10mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 80-5mg</i>	1	
<i>tiadyt capsule 120mg/24</i>	1	
<i>tiadyt capsule 180mg/24</i>	1	
<i>tiadyt capsule 240mg/24</i>	1	
<i>tiadyt capsule 300mg/24</i>	1	
<i>tiadyt capsule 420mg/24</i>	1	
<i>trando/verap tablet 1-240 er</i>	1	
<i>trando/verap tablet 2-180 er</i>	1	
<i>trando/verap tablet 2-240 er</i>	1	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>trando/verap tablet 4-240 er</i>	1	
VERAPAMIL CAPSULE 100MG ER	1	
VERAPAMIL CAPSULE 120MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 180MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 200MG ER	1	
VERAPAMIL CAPSULE 240MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 300MG ER	1	
VERAPAMIL CAPSULE 360MG SR	1	
<i>verapamil tablet 120mg</i>	1	
<i>verapamil tablet 120mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 180mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 240mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 40mg</i>	1	
<i>verapamil tablet 80mg</i>	1	
HYPOTENSIVE AGENTS		
<i>clonidine dis 0.1/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.2/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.3/24hr</i>	2	
<i>clonidine tablet 0.1mg</i>	1	
<i>clonidine tablet 0.1mg er</i>	2	LC; TE
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>clonidine tablet 0.2mg</i>	1	
<i>clonidine tablet 0.3mg</i>	1	
<i>furosemide injectable 100/10ml</i>	1	
<i>hydralazine tablet 100mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 25mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 10mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 2.5mg</i>	1	
NYMALIZE SOLUTION	5	LC
LC 1800 cada 30 dia(s)		
VASODILATING AGENTS		
<i>asa/dipyrida capsule 25-200mg</i>	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTADFI CAPSULE 5-5MG	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>isosorb din tablet 10mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 20mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 30mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 40mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 5mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 10mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 120mg er</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 20mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 30mg er</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 60mg er</i>	1	
<i>nitro-bid oin 2%</i>	4	
<i>nitroglycer dis 0.1mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.2mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.4mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglyceri sub 0.6mg</i>	1	
<i>nitroglycer sub 0.3mg</i>	1	
<i>nitroglycer sub 0.4mg</i>	1	
<i>nitroglycer spr 0.4mg</i>	1	
NITROLINGUAL SPR	1	
PUMPSPRA		
RECTIV OIN 0.4%	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>sildenafil suspension 10mg/ml</i>	2	LC; AP
LC 180 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>sildenafil tablet 20mg</i>	1	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	2	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
TADLIQ SUSPENSION	5	LC; AP
20MG/5ML		
LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
VERQUVO TABLET 10MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VERQUVO TABLET 2.5MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VERQUVO TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone tablet 100mg</i>	1	
<i>amiodarone tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone tablet 400mg</i>	1	
CORLANOR SOLUTION 5MG/5ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; TE
CORLANOR TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
CORLANOR TABLET 7.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
DIGOXIN SOLUTION 50MCG/ML	1	
<i>digoxin tablet 0.0625mg</i>	3	
<i>digoxin tablet 0.125mg</i>	1	
<i>digoxin tablet 0.25mg</i>	1	
<i>dofetilide capsule 125mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 500mcg</i>	2	
<i>flecainide tablet 100mg</i>	1	
<i>flecainide tablet 150mg</i>	1	
<i>flecainide tablet 50mg</i>	1	
<i>mexiletine capsule 150mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 200mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 250mg</i>	2	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
NORPACE CAPSULE 100MG CR	4	
NORPACE CAPSULE 150MG CR	4	
<i>pacerone tablet 100mg</i>	1	
<i>pacerone tablet 200mg</i>	1	
<i>pacerone tablet 400mg</i>	1	
<i>propafenone capsule 225mg er</i>	2	
<i>propafenone capsule 325mg er</i>	2	
<i>propafenone capsule 425mg er</i>	2	
<i>propafenone tablet 150mg</i>	2	
<i>propafenone tablet 225mg</i>	2	
<i>propafenone tablet 300mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>quinidine su tablet 200mg</i>	2	NM
<i>quinidine su tablet 300mg</i>	2	NM
<i>ranolazine tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ranolazine tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
VYNDAMAX CAPSULE 61MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VYNDAQEL CAPSULE 20MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIARRHEA AGENTS		
<i>loperamide capsule 2mg</i>	2	
XERMELO TABLET 250MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>bismth/metr/ capsule tetracy</i>	4	
<i>cimetidine tablet 200mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 300mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 400mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 800mg</i>	2	
<i>dexlansopraz capsule 30mg dr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>dexlansopraz capsule 60mg dr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>esomepra mag capsule 20mg dr</i>	2	
<i>esomepra mag capsule 40mg dr</i>	2	
<i>famotidine suspension 40mg/5ml</i>	2	
<i>famotidine tablet 20mg</i>	1	
<i>famotidine tablet 40mg</i>	1	
<i>lansoprazole capsule 15mg dr</i>	1	
<i>lansoprazole capsule 30mg dr</i>	1	
<i>lansoprazole tablet 15mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; TE

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lansoprazole tablet 30mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>misoprostol tablet 100mcg</i>	2	
<i>misoprostol tablet 200mcg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 150mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 300mg</i>	2	
<i>omeprazole capsule 10mg</i>	1	
<i>omeprazole capsule 20mg</i>	1	
<i>omeprazole capsule 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole packet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pantoprazole tablet 20mg</i>	1	
<i>pantoprazole tablet 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>sucalfate suspension 1gm/10ml</i>	2	
<i>sucalfate tablet 1gm</i>	2	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
<i>chenodal tablet 250mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 250mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 500mg</i>	2	
PROKINETIC AGENTS		
<i>metoclopram solution 5mg/5ml</i>	3	
<i>metoclopram tablet 10mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg odt</i>	4	
MOTEGRITY TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
MOTEGRITY TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ANTIEMETICS		
ANZEMET TABLET 50MG LC 7 cada 30 dia(s)	4	LC; BvsD; TE
<i>aprepitant capsule 125mg</i> LC 3 cada 30 dia(s)	3	LC; BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>aprepitant capsule 40mg</i> LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC; BvsD
<i>aprepitant capsule 80mg</i> LC 6 cada 30 dia(s)	3	LC; BvsD
<i>aprepitant packet 80 & 125</i> LC 9 cada 30 dia(s)	3	LC; BvsD
<i>dronabinol capsule 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>dronabinol capsule 2.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>dronabinol capsule 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>granisetron tablet 1mg</i>	2	BvsD
<i>meclizine tablet 12.5mg</i>	1	
<i>meclizine tablet 25mg</i>	1	
<i>ondansetron solution</i> 4mg/5ml	2	BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 8mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 8mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
VARUBI TABLET 90MG LC 4 cada 28 dia(s)	4	LC; BvsD
CATHARTICS AND LAXATIVES		
CLENPIQ SOLUTION	3	
CLENPIQ SOLUTION	3	
<i>gavilyte-c solution</i>	2	
<i>gavilyte-g solution</i>	2	
PEG-3350 SOLUTION	2	
ELECTROL		
<i>peg-3350/kcl solution /sodium</i>	2	
PEG/NASUL/C/ SOLUTION	2	
NACL/POT		

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PLENVU SOLUTION	4	TE
RELISTOR TABLET 150MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SODIUM/POTAS SOLUTION MAGNESIU	2	
SUPREP BOWEL SOLUTION PREP KIT	3	
DIGESTANTS		
CREON CAPSULE 12000UNT	3	
CREON CAPSULE 24000UNT	3	
CREON CAPSULE 3000UNIT	3	
CREON CAPSULE 36000UNT	3	
CREON CAPSULE 6000UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 10500UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 16800UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 21000UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 2600UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 37000	3	
PANCREAZE CAPSULE 4200UNIT	3	
PERTZYE CAPSULE 16000U	5	
PERTZYE CAPSULE 24000U	5	
PERTZYE CAPSULE 4000UNIT	4	
PERTZYE CAPSULE 8000UNIT	4	
VIOKACE TABLET 10440	4	
VIOKACE TABLET 20880	5	
ZENPEP CAPSULE 10000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 15000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 20000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 25000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 3000UNIT	3	
ZENPEP CAPSULE 40000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 5000UNIT	3	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDES		
TEGSEDI INJECTABLE 284/1.5 LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY INJECTABLE 105MG LC 2.40 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
KEVEYIS TABLET 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
ACTEMRA INJECTABLE 162/0.9 LC 3.60 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ACTEMRA INJECTABLE ACTPEN LC 3.60 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
CIMZIA KIT 200MG LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ENBREL INJECTABLE 25/0.5ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ENBREL INJECTABLE 25MG LC 8 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ENBREL INJECTABLE 50MG/ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ENBREL MINI INJECTABLE 50MG/ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ENBREL SRCLK INJECTABLE 50MG/ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA INJECTABLE 10/0.1ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA INJECTABLE 20/0.2ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA INJECTABLE 40/0.4ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA KIT 40MG/0.8 LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEDIA INJECTABLE CROHNS LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
HUMIRA PEDIA INJECTABLE CROHNS LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE 40/0.4ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE 40MG/0.8 LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE 80/0.8ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE CD/UC/HS LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE PS/UV LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT PED UC LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT PS/UV LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KEVZARA INJECTABLE 150/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 150/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 200/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 200/1.14	5	AP
KINERET INJECTABLE LC 20.10 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>leflunomide tablet 10mg</i>	1	
<i>leflunomide tablet 20mg</i>	1	
OLUMIANT TABLET 1MG	5	AP
OLUMIANT TABLET 2MG	5	AP
ORENCIA INJECTABLE 125MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORENCIA INJECTABLE 50/0.4ML LC 1.60 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ORENCIA INJECTABLE 87.5/0.7 LC 2.80 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORENCIA CLCK INJECTABLE 125MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
OTEZLA TABLET 10/20/30 LC 55 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OTEZLA TABLET 30MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RINVOQ TABLET 15MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RINVOQ TABLET 30MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RINVOQ TABLET 45MG ER LC 56 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 84 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 90MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 84 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ XR TABLET 11MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ XR TABLET 22MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMMUNOMODULATORY AGENTS		
ACTIMMUNE INJECTABLE 2MU/0.5	5	AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AVONEX PEN KIT 30MCG LC 4 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AVONEX PREFL KIT 30MCG LC 4 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BESREMI SOLUTION 500MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
COPAXONE INJECTABLE 20MG/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
COPAXONE INJECTABLE 40MG/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EXTAVIA INJECTABLE 0.3MG LC 28 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>fingolimod capsule 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
PLEGRIDY INJECTABLE LC 2 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PLEGRIDY INJECTABLE PEN LC 2 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE 120MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE 240MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE STARTER LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>teriflunomid tablet 14mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>teriflunomid tablet 7mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
THALOMID CAPSULE 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VUMERITY CAPSULE 231MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA CAPSULE .92MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA CAPSULE STR KIT LC 28 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA 7DAY CAPSULE STR PACK LC 7 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
PHEXXI GEL	4	
RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO		
GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>darifenacin tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>darifenacin tablet 7.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fesoterodine tablet 4mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fesoterodine tablet 8mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>flavoxate tablet 100mg</i>	2	
GELNIQUE GEL 10% LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
GEMTESA TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
MYRBETRIQ SUSPENSION 8MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC
MYRBETRIQ TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
MYRBETRIQ TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>oxybutynin solution 5mg/5ml</i> LC 473 mililitro(s) cada 23 dia(s)	1	LC

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxybutynin tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>solifenacin tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>solifenacin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tolterodine capsule 2mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tolterodine capsule 4mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tolterodine tablet 1mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tolterodine tablet 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tropium chl capsule 60mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tropium cl tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>theophylline tablet 300mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 400mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 600mg er</i>	2	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTIFIBROTIC AGENTS		
OFEV CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OFEV CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pirfenidone tablet 534mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 801mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sod con 100/5ml</i>	2	AP
<i>cromolyn sod solution 4% op</i>	2	
FASENRA INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FASENRA PEN INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>montelukast chw 4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast chw 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast gra 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
NUCALA INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUCALA INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUCALA INJECTABLE 40MG/0.4 LC 0.40 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>zafirlukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zafirlukast tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO GRA 13.4MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KALYDECO PACKET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO PACKET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO PACKET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 100-125 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 150-188 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 75-94MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI TABLET 100-125 LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI TABLET 200-125 LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
SYMDEKO TABLET 100-150 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYMDEKO TABLET 50-75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA PACKET 59.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA PACKET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA TABLET LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA TABLET LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VASODILATING AGENTS		
ADEMPAS TABLET 0.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 1.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 1MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ADEMPAS TABLET 2.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 2MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>ambrisentan tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>ambrisentan tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>bosentan tablet 125mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>bosentan tablet 62.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 2.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LETAIRIS TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LETAIRIS TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OPSUMIT TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
ORENITRAM TABLET 0.125MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
ORENITRAM TABLET 0.25MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 1MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 2.5MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 5MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 1 LC 168 cada 365 dia(s)	5	LC; AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ORENITRAM TABLET MONTH 2 LC 336 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 3 LC 252 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
TRACLEER TABLET 32MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 16-32-48 LC 252 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 16-32MCG LC 196 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 16MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 32-48MCG LC 224 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 32MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 48MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 64MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 1000MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 1200MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 1400MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 1600MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 200MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 400MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 600MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI TABLET 800MCG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
UPTRAVI PACK TABLET 200/800 LC 200 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML	5	AP
VENTAVIS SOLUTION 20MCG/ML	5	AP
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS		
ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir oin 5%</i>	2	
<i>ciclopirox cre 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox gel 0.77%</i>	2	
<i>ciclopirox sha 1%</i>	2	
<i>ciclopirox solution 8%</i>	2	NM
<i>ciclopirox suspension 0.77%</i>	2	
CLEOCIN SUP 100MG	3	
<i>clindam/benz gel 1.2-2.5%</i>	2	TE
<i>clindamy/ben gel 1-5%</i>	2	TE
<i>clindamy/ben gel 1.2-5%</i>	1	
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	2	
<i>clindamycin gel 1%</i>	2	
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML	2	
<i>clindamycin mis 1%</i>	2	
<i>clindamycin solution 1%</i>	2	
<i>clotrim/beta cre diprop</i>	2	
<i>clotrim/beta lot diprop</i>	2	
<i>clotrimazole cre 1%</i>	2	
<i>clotrimazole solution 1%</i>	2	
<i>clotrimazole tro 10mg</i>	2	
<i>econazole cre 1%</i>	2	
<i>ery pad 2%</i>	2	
<i>ery/benzoyl gel 3-5%</i>	3	
<i>erythromycin gel 2%</i>	2	
<i>erythromycin solution 2%</i>	2	
<i>gentamicin cre 0.1%</i>	2	
<i>gentamicin oin 0.1%</i>	2	
<i>ivermectin cre 1%</i>	2	LC; TE
LC 45 cada 30 dia(s)		
<i>ketoconazole cre 2%</i>	2	
<i>ketoconazole sha 2%</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>metronidazol cre 0.75%</i>	2	
<i>metronidazol gel 0.75%</i>	2	
<i>metronidazol gel 0.75%vag</i>	2	
<i>metronidazol gel 1%</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
METRONIDAZOL LOT 0.75%	3	
<i>miconazole 3 sup 200mg</i>	4	
<i>mupirocin cre 2%</i>	1	
<i>mupirocin oin 2%</i>	1	
<i>naftifine cre hcl 2%</i>	3	
<i>nyamyc pow 100000</i>	2	
<i>nystat/triam cre</i>	2	
<i>nystat/triam oin</i>	2	
<i>nystatin cre 100000</i>	1	
<i>nystatin oin 100000</i>	2	
<i>nystatin pow 100000</i>	2	
<i>nystop pow 100000</i>	2	
<i>oxiconazole cre nitrate</i>	3	
PENCICLOVIR CRE 1%	4	
<i>permethrin cre 5%</i>	2	
SILVER SULFA CRE 1%	2	
SPINOSAD SUSPENSION 0.9%	4	
SSD CRE 1%	2	
<i>sulfacetamid lot 10%</i>	3	
<i>terconazole cre 0.4%</i>	2	
<i>terconazole cre 0.8%</i>	2	
<i>terconazole sup 80mg</i>	2	
VANDAZOLE GEL 0.75%	2	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>ala-cort cre 2.5%</i>	2	
<i>alclometason cre 0.05%</i>	2	
<i>alclometason oin 0.05%</i>	2	
<i>amcinonide lot 0.1%</i>	2	
<i>amcinonide oin 0.1%</i>	2	
<i>beta diprop cre 0.05%</i>	2	
<i>beta diprop gel 0.05%</i>	2	
<i>beta diprop lot 0.05%</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BETA DIPROP OIN 0.05%	2	
<i>betameth dip cre 0.05%</i>	2	
<i>betameth dip lot 0.05%</i>	2	
<i>betameth dip oin 0.05%</i>	2	
<i>betameth val aer 0.12%</i>	3	
BETAMETH VAL CRE 0.1%	2	
BETAMETH VAL LOT 0.1%	2	
BETAMETH VAL OIN 0.1%	2	
<i>calcip/betam suspension</i>	2	
<i>calcipotrien oin betameth</i>	2	
CAPEX SHA 0.01%	4	TE
<i>clobetasol aer 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol cre 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol gel 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol lot 0.05%</i>	3	
<i>clobetasol oin 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol sha 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol solution 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol spr 0.05%</i>	2	LC
LC 125 cada 14 dia(s)		
<i>clobetasol e cre 0.05%</i>	2	
<i>desonide cre 0.05%</i>	2	
<i>desonide gel 0.05%</i>	2	
<i>desonide lot 0.05%</i>	2	
<i>desonide oin 0.05%</i>	2	
<i>desoximetas cre 0.05%</i>	2	
<i>desoximetas cre 0.25%</i>	2	
<i>desoximetas gel 0.05%</i>	2	
DESOXIMETAS OIN 0.05%	2	
<i>desoximetas oin 0.25%</i>	2	
<i>desoximetaso spr 0.25%</i>	2	
<i>diclofenac gel 1%</i>	2	LC
LC 1000 cada 30 dia(s)		
<i>diclofenac gel 3%</i>	2	
<i>diclofenac solution 1.5%</i>	1	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>diflorasone cre 0.05%</i>	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diflorasone oin 0.05%</i>	2	
ENSTILAR AER	5	
EUCRISA OIN 2%	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>fluocin acet cre 0.01%</i>	2	
<i>fluocin acet cre 0.025%</i>	2	
<i>fluocin acet oil 0.01% sc</i>	3	
<i>fluocin acet oin 0.025%</i>	2	
<i>fluocin acet solution 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide cre 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide cre 0.1%</i>	2	
<i>fluocinonide cre e 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide oin 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide solution 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone cre 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone lot 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone oin 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol cre 0.05%</i>	2	
<i>halobetasol oin 0.05%</i>	2	
<i>hc butyrate cre 0.1%</i>	1	
HC BUTYRATE OIN 0.1%	1	
<i>hc butyrate solution 0.1%</i>	2	
<i>hc valerate oin 0.2%</i>	2	
<i>hydrocort cre 1%</i>	1	
HYDROCORT ENE 100MG	3	
<i>hydrocort lot 2.5%</i>	2	
<i>hydrocort oin 1%</i>	1	
<i>hydrocort oin 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortiso cre 2.5%</i>	2	
HYDROCORTISO LOT 0.1%	2	
<i>mometasone cre 0.1%</i>	2	
<i>mometasone oin 0.1%</i>	2	
<i>mometasone solution 0.1%</i>	2	
<i>procto-med cre hc 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc cre 2.5%</i>	2	
<i>proctozone cre -hc 2.5%</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>triamcinolon aer spray</i>	4	
<i>triamcinolon cre 0.025%</i>	1	
<i>triamcinolon cre 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon cre 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolon lot 0.025%</i>	1	
<i>triamcinolon lot 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon oin 0.025%</i>	1	
<i>triamcinolon oin 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon oin 0.5%</i>	1	
<i>triderm cre 0.5%</i>	1	
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapal/ben p gel 0.1-2.5%</i>	2	TE
<i>ammonium lac cre 12%</i>	1	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>accutane capsule 10mg</i>	3	
<i>accutane capsule 20mg</i>	3	
<i>accutane capsule 30mg</i>	3	
<i>accutane capsule 40mg</i>	3	
<i>acitretin capsule 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>acitretin capsule 17.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>acitretin capsule 25mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>adapalene cre 0.1%</i>	3	TE
<i>adapalene gel 0.3%</i>	3	TE
ADBRY INJECTABLE	5	LC; AP
150MG/ML		
LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
<i>amnestem capsule 10mg</i>	2	
<i>amnestem capsule 20mg</i>	2	
<i>amnestem capsule 40mg</i>	2	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	3	LC
LC 50 cada 30 dia(s)		
AZELEX CRE 20%	4	TE
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	AP

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CALCIPOTRIEN CRE 0.005%	2	
<i>calcipotrien oin 0.005%</i>	2	
<i>calcipotrien solution 0.005%</i>	2	
CIBINQO TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CIBINQO TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CIBINQO TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>claravis capsule 10mg</i>	2	
<i>claravis capsule 20mg</i>	2	
<i>claravis capsule 30mg</i>	2	
<i>claravis capsule 40mg</i>	2	
COSENTYX INJECTABLE 300DOSE LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
COSENTYX INJECTABLE 75MG/0.5 LC 2.50 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
COSENTYX PEN INJECTABLE 300DOSE LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
COSENTYX UNO INJECTABLE 300/2ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>dapsone gel 5%</i>	3	TE
DUPIXENT INJECTABLE 100/0.67 LC 1.34 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
DUPIXENT INJECTABLE 200/1.14 LC 3.42 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
DUPIXENT INJECTABLE 200MG LC 3.42 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
DUPIXENT INJECTABLE 300/2ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
DUPIXENT INJECTABLE 300/2ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FINACEA AER 15%	4	
<i>finasteride tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluorouracil cre 5%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 2%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 5%</i>	2	
HYFTOR GEL 0.2%	5	AP
ILUMYA SOLUTION 100MG/ML	5	AP
<i>imiquimod cre 5%</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 10mg</i>	3	
<i>isotretinoin capsule 20mg</i>	3	
<i>isotretinoin capsule 30mg</i>	3	
<i>isotretinoin capsule 40mg</i>	3	
PANRETIN GEL 0.1% LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PIMECROLIMUS CRE 1% <i>podofilox solution 0.5%</i>	3	TE
QBREXZA PAD 2.4% LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
RHOFADE CRE 1% LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
SANTYL OIN 250/GM	4	
SKYRIZI INJECTABLE 150MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 84 dia(s)	5	LC; AP
SKYRIZI INJECTABLE 180/1.2 LC 1.20 cada 56 dia(s)	5	LC; AP
SKYRIZI INJECTABLE 360/2.4 LC 2.40 cada 56 dia(s)	5	LC; AP
SKYRIZI PEN INJECTABLE 150MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 84 dia(s)	5	LC; AP
<i>tacrolimus oin 0.03%</i> LC 100 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tacrolimus oin 0.1%</i> LC 100 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tazarotene cre 0.1%</i>	2	TE
<i>tazarotene gel 0.05%</i>	4	
<i>tazarotene gel 0.1%</i>	4	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TAZORAC CRE 0.05%	4	TE
VALCHLOR GEL 0.016% LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VTAMA CRE 1% LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
zenatane capsule 10mg	2	
zenatane capsule 20mg	2	
zenatane capsule 30mg	2	
zenatane capsule 40mg	2	
ZORYVE CRE 0.3% LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SUMINISTROS		
SUPPLIES		
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2 LC 100 cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN PEN NEEDLE LC 200 cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7ML/ML MEDICATED PAD	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY LC 200 cada 30 día(s)	2	LC
VITAMINAS		
VITAMIN D		
calcitriol capsule 0.25mcg	1	
calcitriol capsule 0.5mcg	1	
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	2	
calcitriol solution 1mcg/ml	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
doxercalcif capsule 0.5mcg	2	
doxercalcif capsule 1mcg	2	
doxercalcif capsule 2.5mcg	2	
paricalcitol capsule 1 mcg	2	
paricalcitol capsule 2 mcg	2	
paricalcitol capsule 4 mcg	2	
VITAMINS		
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS AND FOLIC ACID GREATER THAN 0.8MG ORAL TABLET	3	
SODIUM FLUORIDE 2.2MG (FLUORIDE ION 1MG) ORAL TABLET	2	

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

BC – Brecha de Cobertura AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento

IH – Infusión en El Hogar BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

CI - Cobertura de Insulina

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

Índice

abaca/lamivu tablet	36	alfuzosin tablet	41	amphet/dextr capsule	45,46
abacavir solution	36	ALISKIREN	44	amphet/dextr tablet	46
abacavir tablet	36	allopurinol tablet	32	amphotericin injectable	35
ABILIFY	15	ALOG/PIOGLIT	59	ampicillin capsule	2
abiraterone tablet	5	ALOGLIPTIN	59	ampicillin injectable	2
ABRYSVO	39	ALOGLIPTIN/	59	amp-sulbacta injectable	2
acampro cal tablet	50	ALOMIDE	54	anagrelide capsule	41
acarbose tablet	59	ALOSETRON	57	anastrozole tablet	68
accutane capsule	88	ALPHAGAN	54	ANORO	71
acebutolol capsule	75	alprazolam con	49	ANZEMET	80
acetazolamid capsule	54	alprazolam tablet	49	apap/codeine tablet	22
acetazolamid tablet	54	ALREX	56	APLENZIN	15
acetic acid solution	57	ALTOPREV	73	APOKYN	48
acetylcyst solution	33	ALTRENO	13	apomorphine injectable	48
acitretin capsule	88	ALUNBRIG	6	APRACLONIDIN	57
ACTEMRA	81	amabelz tablet	66	aprepitant capsule	80
ACTHIB	39	amantadine capsule	36	aprepitant packet	80
ACTIMMUNE	82	amantadine solution	36	apri tablet	66
acyclovir capsule	36	amantadine tablet	36	APTIOM	26
acyclovir na injectable	36	ambrisentan tablet	85	APTIVUS	36
acyclovir oin	86	amcinonide lot	87	ARALAST	31
acyclovir suspension	36	amcinonide oin	87	aranelle tablet	66
acyclovir tablet	36	amethia tablet	66	ARANESP	42,43
ADACEL	39	amikacin injectable	2	ARCALYST	34
adapal/ben p gel	88	amilor/hctz tablet	52	AREXVY	39
adapalene cre	88	AMILORIDE	52	arformoterol neb	71
adapalene gel	88	amiodarone tablet	79	ARIKAYCE	2
ADBRY	88	amitriptylin tablet	15	aripiprazole solution	15
adefov dipiv tablet	36	amlod/atorva tablet	76	aripiprazole tablet	15
ADEMPAS	85	amlod/benazp capsule	76	ARISTADA	15,16
ADVAIR	58	amlod/olmesa tablet	76	armodafinil tablet	46
AIMOVIG	13	amlod/valsar tablet	76	ARNUITY	56
AJOVY	13	amlodipine tablet	76	asa/dipyrida capsule	78
ala-cort cre	87	ammonium lac cre	88	ascomp/cod capsule	22
albendazole tablet	1	amnestem capsule	88	ASENAPINE	16
ALBUTEROL	71	amox/k clav chw	2	asenapine sub	16
albuterol aer hfa	71	amox/k clav suspension	2	ASMANEX	58
albuterol neb	71	amox/k clav tablet	2	ASTAGRAF	32
albuterol syrup	71	amoxapine tablet	15	atazanavir capsule	36
albuterol tablet	71	amoxicillin capsule	2	atenol/chlor tablet	75
alclometason cre	87	amoxicillin chw	2	atenolol tablet	75
alclometason oin	87	amoxicillin suspension	2	atomoxetine capsule	51
ALECENSA	5	amoxicillin tablet	2	atorvastatin tablet	73
alendronate tablet	33	amp/sulbacta injectable	2	atovaq/progu tablet	1

Índice

atovaquone suspension	1	beta diprop gel	87	budesonide suspension	58
ATROVENT	71	beta diprop lot	87	BUMETANIDE	53
AURYXIA	52	betaine anhy pow	34	bumetanide tablet	53
AUSTEDO	51	BETAMETH	87	bupren/nalox mis	22
AUVELITY	16	betameth dip cre	87	bupren/nalox sub	22
AUVI-Q	71	betameth dip lot	87	BUPRENORPHIN	22
aviane tablet	66	betameth dip oin	87	buprenorphin sub	22
AVONEX	83	betameth val aer	87	bupropion tablet	16
AYVAKIT	6	BETAXOLOL	54	bupropn hcl tablet	16
AZASITE	55	betaxolol tablet	75	buspirone tablet	49
azathioprine tablet	32	bethanechol tablet	40	but/apap/caf capsule	22
azel/flutic spr	31	BETOPTIC-S	55	but/apap/caf capsule	
azelaic acid gel	88	BEVESPI	71	codeine	22
azelastine dro	54	BEXAROTENE	6	but/apap/caf tablet	22
azelastine spr	54	bexarotene gel	88	but/asa/caf/ capsule	
AZELEX	88	BEXSERO	40	codeine	22
AZITHROMYCIN	2	bicalutamide tablet	6	but/asa/caff capsule	22
azithromycin injectable	2	BICILLIN	2	butorphanol solution	23
azithromycin suspension	2	BIKTARVY	36	cabergoline tablet	48
azithromycin tablet	2	bimatoprost solution	55	CABLIVI	41
aztreonam injectable	2	bismth/metr/ capsule		CABOMETYX	6
bacit/polymy oin op	55	tetracy	79	CALC	53
bacitracin oin op	55	bisoprl/hctz tablet	75	calcip/betam suspension	87
baclofen tablet	72,73	bisoprol fum tablet	75	CALCIPOTRIEN	89
balsalazide capsule	57	BIVIGAM	39	calcipotrien oin	89
BALVERSA	6	blisovi fe tablet	66	calcipotrien oin betameth	87
balziva tablet	66	BOOSTRIX	39	calcipotrien solution	89
BAQSIMI	63	bosentan tablet	85	calcitonin spr	70
BARACLUDE	36	BOSULIF	6	CALCITRIOL	90
BAXDELA	2	BRAFTOVI	6	calcitriol capsule	90
BCG	40	BREO	58	calcitriol solution	90
BECONASE	56	BREZTRI	71	CALQUENCE	6
BELBUCA	22	briellyn tablet	66	camila tablet	66
BELSOMRA	49	BRILINTA	41	CAMZYOS	85
benazep/hctz tablet	44	brimonidine solution	55	CANDESA/HCTZ	44
benazepril tablet	44	brinzolamide suspension	55	candesartan tablet	44
BENLYSTA	32	BRIVIACT	26,27	CAPEX	87
BENZNIDAZOLE	1	bromfenac solution	56	CAPLYTA	16
benztropine tablet	48	bromocriptin capsule	48	CAPRELSA	6
bepotastine dro	54	bromocriptin tablet	48	captopril tablet	44
BESIVANCE	55	BRUKINSA	6	CARB/LEVO	48
BESREMI	83	BUDES/FORMOT	71	carb/levo er tablet	48
BETA	87	BUDESONIDE	57	carb/levo tablet	48
beta diprop cre	87	budesonide capsule	58	CARB/LEVO100	48

Índice

CARB/LEVO125	48	chenodal tablet	80	CLINIMIX	52
CARB/LEVO150	48	chlorhex glu solution	55	clinisol sf injectable	52
CARB/LEVO200	48	chloroquine tablet	1	clobazam suspension	27
CARBAMAZEPIN	27	chlorpromaz tablet	16	clobazam tablet	27
carbamazepin chw	27	chlorpromazi con	16	clobetasol aer	87
carbamazepin suspension	27	chlorthalid tablet	53	clobetasol cre	87
carbamazepin tablet	27	CHOLBAM	57	clobetasol e cre	87
carbidopa tablet	48	cholestyram pow	73	clobetasol gel	87
carglumic tablet	52	CIBINQO	89	clobetasol lot	87
carisoprodol tablet	73	ciclopirox cre	86	clobetasol oin	87
carteolol solution	75	ciclopirox gel	86	clobetasol sha	87
cartia xt capsule	76,77	ciclopirox sha	86	clobetasol solution	87
carvedilol capsule	75	ciclopirox solution	86	clobetasol spr	87
carvedilol tablet	75	ciclopirox suspension	86	clomipramine capsule	16
casprofungin injectable	35	cilostazol tablet	41	clonazep odt tablet	27
CAYSTON	2	CILOXAN	55	clonazepam tablet	27
cefaclor capsule	2	CIMDUO	36	clonidine dis	78
cefaclor er tablet	2	cimetidine tablet	79	clonidine tablet	78
cefadroxil capsule	2	CIMZIA	81	clopidogrel tablet	41
cefadroxil suspension	2	cinacalcet tablet	70	cloraz dipot tablet	49,50
cefadroxil tablet	2	CIPRO	55	clotrim/beta cre diprop	86
cefazolin injectable	2	cipro/dexa suspension	55	clotrim/beta lot diprop	86
cefdinir capsule	2	CIPROFLOXACN	55	clotrimazole cre	86
cefdinir suspension	3	ciprofloxacn injectable	3	clotrimazole solution	86
cefepime injectable	3	ciprofloxacn solution	55	clotrimazole tro	86
cefixime capsule	3	ciprofloxacn tablet	3	clozapine tablet	16
cefixime suspension	3	CITALOPRAM	16	COARTEM	1
cefoxitin injectable	3	citalopram solution	16	CODEINE	23
cefodo prox suspension	3	citalopram tablet	16	COLCHICINE	32
cefpodoxime tablet	3	claravis capsule	89	colchicine tablet	32
cefprozil suspension	3	CLARINEX-D	70	colesevelam packet	73
cefprozil tablet	3	clarithromyc suspension	3	colesevelam tablet	73
ceftazidime injectable	3	clarithromyc tablet	3	COLESTIPOL	73
ceftriaxone injectable	3	CLENPIQ	80	colestipol tablet	73
cefuroxime injectable	3	CLEOCIN	86	colistimeth injectable	3
cefuroxime tablet	3	clindam/benz gel	86	COMBIGAN	55
celecoxib capsule	23	clindamy/ben gel	86	COMBIVENT	71
cephalexin capsule	3	clindamy/d	3	COMETRIQ	6
cephalexin suspension	3	CLINDAMYCIN	86	COMPLERA	36
cephalexin tablet	3	clindamycin capsule	3	compro sup	16
CERDELGA	34	clindamycin gel	86	constulose solution	52
cetirizine solution	70	clindamycin injectable	3	COPAXONE	83
cevimeline capsule	40	clindamycin mis	86	COPIKTRA	6
CHEMET	35	clindamycin solution	3,86	CORLANOR	79

Índice

COSENTYX	89	desipramine tablet	16	difluprednat emu	56
COTELLIC	6	desloratadin tablet	70	DIGOXIN	79
CREON	81	desmopressin spr	68	digoxin tablet	79
CRINONE	68	desmopressin tablet	68	dihydroergot spr	41
cromolyn sod con	84	deso/ethinyl tablet estradio	66	dilantin capsule	27
cromolyn sod neb	31	desonide cre	87	dilantin chw	27
cromolyn sod solution	84	desonide gel	87	DILANTIN-125	27
cryselle-	66	desonide lot	87	DILTIAZEM	77
cyclobenzapr tablet	73	desonide oin	87	diltiazem capsule	77
CYCLOPHOSPH	6	DESOXIMETAS	87	diltiazem er tablet	77
cyclophosph capsule	6	desoximetas cre	87	diltiazem tablet	77
cyclosporine capsule	32	desoximetas gel	87	dilt-xr capsule	77
cyclosporine emu	56	desoximetas oin	87	DIP/TET	39
cyclosporine solution		desoximetaso spr	87	DIPENTUM	57
modified	32	DESVENLAFAX	16	diphen/atrop liq	71
cyproheptad syrup	70	desvenlafax tablet	16,17	diphen/atrop tablet	71
cyproheptad tablet	70	dexameth pho solution	56	disulfiram tablet	33
CYSTADROPS	57	dexamethason solution	58	DIURIL	53
CYSTAGON	34	dexamethason tablet	58,59	divalproex capsule	27
CYSTARAN	57	dexlansopraz capsule	79	divalproex tablet	27,28
D10W/NACL	53	dexmethylph capsule	46	dofetilide capsule	79
D2.5W/NACL	53	dexmethylphe capsule	46	dolishale tablet	66
D5W/NACL	53	dexmethylphe capsule er	46	donepezil tablet	40
dabigatran capsule	41	dextroamphet capsule	46	DOPTLET	43
dalfampridin tablet	34	DEXTROSE	52	dorzol/timol solution	55
DALVANCE	3	DIACOMIT	27	dorzolamide solution	55
danazol capsule	65	DIAZEPAM	50	dotti dis	68
dantrolene capsule	73	diazepam con	50	DOVATO	36
dapsone gel	89	diazepam solution	50	doxazosin tablet	44
dapsone tablet	1	diazepam tablet	50	doxepin hcl capsule	17
DAPTACEL	39	diazoxide suspension	63	doxepin hcl con	17
daptomycin injectable	3	diclofen pot tablet	23	doxercalcif capsule	90
daptomycin solution	3	diclofenac gel	87	doxy	4
darifenacin tablet	83	diclofenac pow	23	doxycyc mono capsule	4
darunavir tablet	36	diclofenac solution	56,87	doxycyc mono tablet	4
DAURISMO	6	diclofenac tablet	23	doxycycl hyc capsule	4
deferasirox gra	35	dicloxacill capsule	3,4	doxycycl hyc tablet	4
deferasirox tablet	35	dicyclomine capsule	71	doxycycline suspension	4
deferiprone tablet	35	dicyclomine solution	71	doxycycline tablet	4
DELSTRIGO	36	dicyclomine tablet	71	dronabinol capsule	80
depo-estradi injectable	68	DIFICID	4	drospir/ethi tablet	66
DEPO-SQ	68	diflorasone cre	87	DROSPIRE/ETH	66
depo-testost injectable	65	diflorasone oin	88	DROXIA	6
DESCOVY	36	diflunisal tablet	23	droxidopa capsule	71,72

Índice

DULERA	59	EPOGEN	43	everolimus tablet	7
duloxetine capsule	17	EPRONTIA	28	EVOTAZ	37
DUPIXENT	89	EQUETRO	28	EVRYSDI	34
dutast/tamsu capsule	41	ergoloid mes tablet	41	exemestane tablet	68
dutasteride capsule	33	ERIVEDGE	6	EXKIVITY	7
econazole cre	86	ERLEADA	7	EXSERVAN	51
EDARBYCLOR	44	erlotinib tablet	7	EXTAVIA	83
EDURANT	36	errin tablet	66	ezetim/simva tablet	73
efavir/emtri tablet tenofovi	36	ertapenem injectable	4	ezetimibe tablet	73
efavir/lamiv tablet tenofovi	36	ery pad	86	famciclovir tablet	37
efavirenz capsule	36	ery/benzoyl gel	86	famotidine suspension	79
efavirenz tablet	36	ERYPED	4	famotidine tablet	79
eletriptan tablet	13	ERYTHROCIN	4	FANAPT	17
ELIGARD	69	erythrocin tablet	4	FARXIGA	60
ELIQUIS	41	erythrom eth suspension	4	FASENRA	84
ELMIRON	33	ERYTHROMYCIN	4	febuxostat tablet	32
eluryng mis	66	erythromycin gel	86	felbamate suspension	28
EMCYT	6	erythromycin oin	55	felbamate tablet	28
EMGALITY	13,14	erythromycin solution	86	felodipine tablet	77
EMSAM	17	erythromycin tablet	4	FEMRING	69
emtr/ten df tablet	36	escitalopram solution	17	FENOFIBRATE	73
emtr/tenofov tablet	36	escitalopram tablet	17	fenofibrate capsule	73,74
emtricitabin capsule	36	esomepra mag capsule	79	fenofibrate tablet	74
EMTRIVA	37	estarylla tablet	66	fenofibric capsule	74
enalapr/hctz tablet	44	estra/noreth tablet	66	FENOPROFEN	23
enalapril tablet	44	ESTRADIOL	68	fenoprofen tablet	23
ENBREL	81	estradiol cre	68	FENTANYL	23,24
ENDARI	34	estradiol dis	68	fentanyl dis	23
endocet tablet	23	estradiol tablet	68	FERRIPROX	35
ENGERIX-B	40	eszopiclone tablet	50	fesoterodine tablet	83
enoxaparin injectable	57	ethacrynic tablet acd	53	FETZIMA	17
ENSPRYNG	32	ethambutol tablet	1	FIASP	60
ENSTILAR	88	ethosuximide capsule	28	FILSPARI	34
entacapone tablet	48	ethosuximide solution	28	FINACEA	89
ENTADFI	78	ethy eth est tablet	66	finasteride tablet	89
entecavir tablet	37	ethynodiol tablet	66	fingolimod capsule	83
ENTRESTO	44	etodolac capsule	23	FINTEPLA	28
enulose solution	52	etodolac er tablet	23	FIRDAPSE	34
ENVARUSUS	32	etodolac tablet	23	FIRMAGON	69
EPIDIOLEX	28	etonogestrel mis ethy est	66	FIRVANQ	4
EPINEPHRINE	72	etravirine tablet	37	FLAREX	56
epinephrine injectable	72	EUCRISA	88	flavoxate tablet	83
epitol tablet	28	EUTHYROX	63	FLEBOGAMMA	39
eplerenone tablet	44	EVENITY	81	flecainide tablet	79

Índice

FLOVENT	56	FOTIVDA	7	GLEOSTINE	7
fluconazole suspension	35	FROVATRIPTAN	14	glimepiride tablet	60
fluconazole tablet	35	FULPHILA	43	glip/metform tablet	60
fluconazole/ injectable nacl	35	furosemide injectable	78	glipizide er tablet	60
flucytosine capsule	35	furosemide solution	53	glipizide tablet	60
fludrocort tablet	59	furosemide tablet	53	GLUCAGEN	63
flunisolide spr	56	FUZEON	37	GLUCAGON	63
fluocin acet cre	88	fyavolv tablet	67	glyb/metform tablet	60
fluocin acet oil	56,88	FYCOMPA	28	glycopyrrol tablet	71
fluocin acet oin	88	FYLNETRA	43	glycopyrrola solution	71
fluocin acet solution	88	gabapentin capsule	28	GLYXAMBI	60
fluocinonide cre	88	gabapentin solution	28	granisetron tablet	80
fluocinonide cre e	88	gabapentin tablet	28	GRANIX	43
fluocinonide gel	88	GALAFOLD	34	griseofulvin suspension	35
fluocinonide oin	88	galantamine capsule	40	griseofulvin tablet micr	35
fluocinonide solution	88	galantamine solution	40	griseofulvin tablet ultr	35
FLUOROMETHOL	56	galantamine tablet	40	guanfacine tablet	51
fluorouracil cre	89	GAMMAGARD	39	GVOKE	63
fluorouracil solution	89	GAMMAKED	39	HAEGARDA	33
fluoxetine capsule	17	GAMMAPLEX	39	hailey	67
fluoxetine solution	17	GAMUNEX-C	39	halobetasol cre	88
fluoxetine tablet	17	GARDASIL	40	halobetasol oin	88
fluphenaz de injectable	17	GATIFLOXACIN	55	haloette mis	67
fluphenazine elx	17	GATTEX	58	haloper dec injectable	18
fluphenazine injectable	17	GAUZE	90	haloper lac injectable	18
fluphenazine tablet	17	gavilyte-c solution	80	haloperidol con	18
flurbiprofen solution	56	gavilyte-g solution	80	haloperidol tablet	18
flurbiprofen tablet	24	GAVRETO	7	HAVRIX	40
FLUTIC/SALME	72	gefitinib tablet	7	HC	88
fluticasone cre	88	GELNIQUE	83	hc butyrate cre	88
fluticasone lot	88	gemfibrozil tablet	74	hc butyrate solution	88
fluticasone oin	88	GEMTESA	83	hc pramoxine cre	13
fluticasone spr	56	generlac solution	52	hc valerate oin	88
fluvastatin capsule	74	gengraf capsule	32	hc/acet acid solution otic	56
FLUVOXAMINE	18	gengraf solution	32	HEMADY	59
fluvoxamine capsule	17	GENOTROPIN	66	heparin sod injectable	42
FML	56	gentam/nacl injectable	4	HEPLISAV-B	40
FONDAPARINUX	41,42	gentamicin cre	86	HETLIOZ	50
fondaparinux injectable	41	gentamicin injectable	4	HIBERIX	40
formoterol neb	72	gentamicin oin	86	HUMALOG	60
fosamprenavi tablet	37	gentamicin solution	55	HUMATROPE	66
fosfomycin pow	1	GENVOYA	37	HUMIRA	81,82
fosinop/hctz tablet	44	GILOTRIF	7	HUMULIN	60
fosinopril tablet	44,45	GLASSIA	31	hydralazine tablet	78

Índice

hydrochlorot capsule	53	INQOVI	8	JUXTAPID	74
hydrochlorot tablet	53	INREBIC	8	JYNARQUE	53
hydroco/apap tablet	24	INS	60	JYNNEOS	40
hydrocod/ibu tablet	24	INSULIN	60,61,90	KALYDECO	84,85
HYDROCORT	59,88	INTELENCE	37	kariva tablet	67
hydrocort cre	88	INTRAROSA	59	kcl/d	53
hydrocort lot	88	introvale tablet	67	KCL/D5W/LACT	53
hydrocort oin	88	INVEGA	18	KCL/D5W/NACL	53
hydrocort tablet	59	IOPIDINE	57	kelnor	67
HYDROCORTISO	88	IPOL	40	kelnor tablet	67
hydrocortiso cre	88	ipratropium solution	71	KERENDIA	45
hydromorphon tablet	24	ipratropium spr	57	ketoconazole cre	86
hydroxychlor tablet	1	ipratropium/ solution		ketoconazole sha	86
hydroxyurea capsule	7	albuter	71	ketoconazole tablet	35
hydroxyz hcl tablet	50	irbesar/hctz tablet	45	ketoprofen capsule	24
hydroxyz pam capsule	50	irbesartan tablet	45	KETOROLAC	56
HYFTOR	89	ISENTRESS	37	ketorolac solution	56
ibandronate tablet	33	ISOLYTE-P	52	KEVEYIS	81
IBRANCE	7	ISOLYTE-S	53	KEVZARA	82
ibu tablet	24	isoniazid tablet	1	KINERET	82
ibuprofen tablet	24	ISOPROPYL	90	KINRIX	39
icatibant injectable	33	isosorb din tablet	78	KISQALI	8
iclevia tablet	67	isosorb mono tablet	78	KLOR-CON	54
ICLUSIG	7	isotretinoin capsule	89	klor-con m	54
icosapent capsule	74	isradipine capsule	77	klor-con packet	53
IDHIFA	8	ISTURISA	34	KLOXXADO	26
ILEVRO	56	ITRACONAZOLE	35	KORLYM	63
ILUMYA	89	itraconazole capsule	35	KOSELUGO	8
imatinib mes tablet	8	ivermectin cre	86	KRAZATI	8
IMBRUVICA	8	ivermectin tablet	1	KRINTAFEL	1
imipenem/cil injectable	4	IXIARO	40	labetalol tablet	75
imipram hcl tablet	18	JAKAFI	8	lacosamide solution	28
imipram pam capsule	18	jantoven tablet	42	lacosamide tablet	28
imiquimod cre	89	JANUMET	61	lactulose packet	52
IMOVAX	40	JANUVIA	61	lactulose solution	52
IMPAVIDO	1	JARDIANCE	61	LAMICTAL	28,29
IMVEXXY	69	jasmiel tablet	67	lamivud/zido tablet	37
INBRIJA	48	JAYPIRCA	8	lamivudine solution	37
INCRELEX	66	JENTADUETO	61	lamivudine tablet	37
INCRUSE	71	jinteli tablet	67	lamotrig odt kit	29
indapamide tablet	53	JULUCA	37	lamotrigine chw	29
indomethacin capsule	24	junel	67	lamotrigine kit odt	29
INFANRIX	39	junel fe	67	lamotrigine kit start	29
INLYTA	8	junel fe tablet	67	lamotrigine tablet	29

Índice

LAMPIT	1	linezolid injectable	4	lyllana dis	69
lansopr/amox packet		linezolid suspension	4	LYNPARZA	9
/clarith	4	linezolid tablet	4	LYSODREN	9
lansoprazole capsule	79	LINZESS	58	LYTGOBI	9
lansoprazole tablet	79,80	liothyronine tablet	64	MAGNESIUM	29
lanthanum chw	52	lisdexamfeta capsule	46	magnesium su injectable	29
LANTUS	61	lisinop/hctz tablet	45	maraviroc tablet	37
lapatinib tablet	8	lisinopril tablet	45	marlissa tablet	67
latanoprost solution	55	LITHIUM	13	MARPLAN	18
LEDIP-SOFOSB	37	lithium carb capsule	13	MATULANE	9
leflunomide tablet	82	lithium carb tablet	13	matzim la tablet	77
lenalidomide capsule	8	lithium solution	13	MAVENCLAD	32
LENVIMA	9	LIVALO	74	MAVYRET	37
lessina tablet	67	LIVTENCITY	37	MAXIDEX	56
LETAIRIS	85	LO	67	meclizine tablet	80
letrozole tablet	69	loestrin	67	meclofen sod capsule	24
leucovor ca tablet	33	loestrin fe tablet	67	medroxypr ac injectable	68
LEUKERAN	9	loestrin tablet	67	medroxypr ac tablet	68
LEUKINE	43	LOKELMA	52	mefloquine tablet	1
LEUPROLIDE	69	LONSURF	9	megestrol ac suspension	68
leuprolide injectable	69	loperamide capsule	79	megestrol ac tablet	68
LEVALBUTEROL	72	lopin/riton solution	37	megestrol suspension	68
levalbuterol neb	72	lopin/riton tablet	37	MEKINIST	9
LEVEMIR	61	lorazepam con	50	MEKTOVI	9
levetiraceta solution	29	lorazepam tablet	50	meloxicam tablet	24
levetiraceta tablet	29	LORBRENA	9	MEMANT	51
levobunolol solution	55	loryna tablet	67	memantine hc capsule	51
levocetirizi solution	71	losartan pot tablet	45	memantine hc solution	51
levocetirizi tablet	71	losartan/hct tablet	45	memantine tablet hcl	51
levo-eth est tablet	67	LOTEMAX	56	MENACTRA	40
levoflox/d	4	LOTEPREDNOL	56	MENQUADFI	40
levofloxacin solution	55	lovastatin tablet	74	MENVEO	40
levofloxacin tablet	4	loxapine capsule	18	mercaptapur tablet	9
levonest tablet	67	lubiprostone capsule	58	meropenem injectable	4
levonor/ethi tablet	67	LUCEMYRA	72	merzee capsule	67
levonor/ethi tablet estradio	67	LUMAKRAS	9	mesalamine capsule	57
levora-	67	LUMIGAN	55	mesalamine ene	57
levothyroxin tablet	63,64	LUPKYNIS	32	mesalamine tablet	57
LEVOXYL	64	LUPR	69	MESNEX	33
LEXIVA	37	LUPRON	69	metaxalone tablet	73
lido/prilocr cre	13	lurasidone tablet	18	metformin solution	61
lidocaine oin	13	lutera tablet	67	metformin tablet	61
lidocaine pad	13	LYBALVI	18	methadone solution	24
lidocaine solution	13	lyleq tablet	67	methadone tablet	24

Índice

methazolamid tablet	55	misoprostol tablet	80	naratriptan tablet	14
methenam hip tablet	1	M-M-R	40	NATACYN	55
methimazole tablet	64	modafinil tablet	47	nateglinide tablet	61
methocarbam tablet	73	moexipril tablet	45	NATPARA	70
METHOTREXATE	9	molindone tablet hcl	19	NAYZILAM	50
methotrexate injectable	9	mometasone cre	88	nebivolol tablet	75
methotrexate tablet	9	mometasone oin	88	necon tablet	67
methoxsalen capsule	13	mometasone solution	88	NEEDLES,	90
methscopolam tablet	71	mometasone spr	56	nefazodone tablet	19
methsuximide capsule	29	montelukast chw	84	neo/bac/poly oin op	55
METHYLPHENID	46,47	montelukast gra	84	neo/poly/bac oin /hc	55
methylphenid capsule	46,47	montelukast tablet	84	NEO/POLY/DEX	55
methylphenid chw	47	MORPHINE	25	neo/poly/dex suspension	55
methylphenid pad	47	morphine sul capsule	24,25	neo/poly/gra solution op	55
methylphenid solution	47	morphine sul solution	25	neo/poly/hc solution	55
methylphenid tablet	47	morphine sul tablet	25	neo/poly/hc suspension	55
methylpred tablet	59	MOTEGRITY	80	neo/poly/hc suspension op	55
metoclopram solution	80	MOVANTIK	58	neomycin tablet	4
metoclopram tablet	80	moxifloxacin solution hcl	55	NERLYNX	9
metolazone tablet	53	moxifloxacin tablet	4	NEULASTA	43
metoprl/hctz tablet	75	MULPLETA	43	NEUPOGEN	43
metoprol suc tablet	75	mult electro injectable ph	54	NEUPRO	48
metoprol tar tablet	75	MULTAQ	79	NEVANAC	56
METRONIDAZOL	87	mupirocin cre	87	nevirapine suspension	37
metronidazol capsule	1	mupirocin oin	87	nevirapine tablet	37
metronidazol cre	87	MYALEPT	70	NEXLETOL	74
metronidazol gel	87	MYCAPSSA	70	NEXLIZET	74
metronidazol injectable	1	mycophenolat capsule	32	niacin er tablet	74
metronidazol tablet	1	mycophenolat suspension	32	niacin tablet	74
METYROSINE	34	mycophenolat tablet	32	nicardipine capsule	77
mexiletine capsule	79	mycophenolic tablet	32,33	NICOTROL	72
micafungin injectable	35	MYFEMBREE	69	nifedipine capsule	77
miconazole	87	MYRBETRIQ	83	nifedipine tablet	77
micrgstin	67	nabumetone tablet	25	nilutamide tablet	9
microgestin tablet	67	nadolol tablet	75	NINLARO	9
microgestin tablet fe	67	nafcillin injectable	4	NISOLDIPINE	77
midodrine tablet	72	naftifine cre hcl	87	nisoldipine tablet	77
miglitol tablet	61	naloxone hcl spr	26	nitazoxanide tablet	1
miglustat capsule	34	naloxone injectable	26	nitisinone capsule	34
mili tablet	67	naltrexone tablet	26	nitro-bid oin	78
mimvey tablet	67	NAMZARIC	41	nitrofur mac capsule	1
minocycline capsule	4	naproxen sod tablet	25	nitrofurantn capsule	1
minoxidil tablet	78	naproxen suspension	25	nitrofurantn suspension	1
mirtazapine tablet	18,19	naproxen tablet	25	nitroglycer dis	78

Índice

nitroglyceri sub	78	OALIVA	58	OXERVATE	57
nitroglycerin sub	78	OCTAGAM	39	oxiconazole cre nitrate	87
nitroglycerin spr	78	octreotide injectable	70	oxybutynin solution	83
NITROLINGUAL	78	ODEFSEY	37	oxybutynin tablet	84
NITYR	34	ODOMZO	9	oxycod/apap tablet	25
NIVESTYM	43	OFEV	84	OXYCODONE	25
nizatidine capsule	80	ofloxacin dro	55	oxycodone capsule hcl	25
NORDITROPIN	66	ofloxacin tablet	5	oxycodone con	25
noreth/ethin tablet	67	OJJAARA	9	oxycodone solution	25
noreth/ethin tablet fe	67	olanza/fluox capsule	19	oxycodone tablet	25
norethin ace tablet	67	olanzapine injectable	19	oxymorphone tablet	25,26
norethindron tablet	67	olanzapine tablet	19	OZEMPIC	61,62
norgest/ethi tablet	67	olm med/amlo tablet /hctz	77	pacerone tablet	79
norgest/ethi tablet estradio	67	olm med/hctz tablet	45	paliperidone tablet er	19
NORPACE	79	olmesa medox tablet	45	PALYNZIQ	54
nortrel tablet	67	olopatadine dro	54	PANCREAZE	81
nortriptylin capsule	19	olopatadine spr	54	PANRETIN	89
nortriptylin solution	19	OLUMIANT	82	pantoprazole packet	80
NORVIR	37	omega-	74	pantoprazole tablet	80
NOURIANZ	51	omeprazole capsule	80	paricalcitol capsule	90
NOVOLIN	61	OMNARIS	57	paromomycin capsule	1
NOVOLOG	61	OMNITROPE	66,68	paroxetin er tablet	19
NOXAFIL	35	ondansetron solution	80	paroxetine suspension	19
NUBEQA	9	ondansetron tablet	80	paroxetine tablet	19
NUCALA	84	ONGENTYS	48	PAXIL	19
NUDEXTA	51	ONUREG	10	PEDIARIX	39
NUPLAZID	19	OPSUMIT	85	PEDVAX	40
NURTEC	14	ORENCIA	82	peg-	80
NUTRILIPID	52	ORENITRAM	85,86	PEG/NASUL/C/	80
NUTROPIN	66	ORFADIN	34	PEG-3350	80
NUZYRA	4	ORGOVYX	70	PEGASYS	38
nyamyc pow	87	ORIAHNN	69	PEMAZYRE	10
nylia tablet	67	ORLISSA	70	PEN	5
NYMALIZE	78	ORKAMBI	85	pen g sodium injectable	5
nymyo tablet	67	ORLADEYO	33	PENCICLOVIR	87
nystat/triam cre	87	ORSERDU	10	penicillamin tablet	35
nystat/triam oin	87	oseltamivir capsule	37,38	penicillin gk injectable	5
nystatin cre	87	oseltamivir suspension	38	penicillin vk solution	5
nystatin oin	87	OSMOLEX	14,38	penicillin vk tablet	5
nystatin pow	87	OSPHENA	69	PENTACEL	39
nystatin suspension	35	OTEZLA	82	pentamidine inh	1
nystatin tablet	35	OXBRYTA	42	pentamidine injectable	1
nystop pow	87	oxcarbazepin suspension	29	PENTASA	57
NYVEPRIA	43	oxcarbazepin tablet	29,30	pentoxifylli tablet	44

Índice

perindopril tablet	45	pot chloride pow	54	PROLASTIN-C	31
periogard solution	56	pot chloride solution	54	PROLIA	33
permethrin cre	87	pot chloride tablet	54	PROMACTA	43
perphenazine tablet	19,20	pot citra er tablet	52	promethazine sup	70
PERSERIS	20	pot cl micro tablet	54	promethazine syrup	70
PERTZYE	81	PRADAXA	42	promethazine tablet	70
PHENELZINE	20	pramipexole tablet	14,15,48	promethegan sup	70
PHENOBARB	30	prasugrel tablet	42	propafenone capsule	79
phenoxybenza capsule	41	pravastatin tablet	74	propafenone tablet	79
phenylbutyra pow sodium	52	praziquantel tablet	1	propranolol capsule	76
phenytoin chw	30	prazosin hcl capsule	44	propranolol solution	76
phenytoin ex capsule	30	PRED	59	propranolol tablet	76
phenytoin suspension	30	pred sod pho solution	57	propylthiour tablet	64
PHEXXI	83	PREDNISOLONE	57,59	PROQUAD	40
PIFELTRO	38	prednisolone solution	59	PROSOL	52
PILOCARPINE	55	prednisone con	59	protriptylin tablet	20
pilocarpine tablet	41	prednisone solution	59	PULMOZYME	32
PIMECROLIMUS	89	prednisone tablet	59	PURIXAN	10
pimozide tablet	20	prefest tablet	67	pyrazinamide tablet	1
pindolol tablet	75,76	pregabalin capsule	30	pyridostigm tablet	41
PIOGLIT/GLIM	62	pregabalin solution	30	PYRIDOSTIGMI	41
pioglita/met tablet	62	PREHEVBRIO	40	pyridostigmi tablet	41
pioglitazone tablet	62	PREMARIN	69	pyridostigmi tablet er	41
piper/tazoba injectable	5	premasol solution	52	PYRUKYND	34
PIQRAY	10	PRENATAL	90	QBREXZA	89
pirfenidone capsule	84	PRETOMANID	1	QELBREE	51
pirfenidone tablet	84	prevalite pow	74	QINLOCK	10
piroxicam capsule	26	PREVYMIS	38	QNASL	57
PLASMA-LYTE	54	PREZCOBIX	38	QUADRACEL	39,40
PLEGRIDY	83	PREZISTA	38	quetiapine tablet	20
plenamine injectable	52	PRIFTIN	1	quinapril tablet	45
PLENVU	81	PRIMAQUINE	2	quinidine su tablet	79
podofilox solution	89	primidone tablet	30	quinine sulf capsule	2
polymyxin b/ solution		PRIORIX	40	QULIPTA	14
trimethp	1	PRIVIGEN	39	RABAVERT	40
POMALYST	10	PROAIR	72	rabeprazole tablet	80
portia-	67	proben/colch tablet	52	RADICAVA	51
posaconazole suspension	35	probenecid tablet	52	raloxifene tablet	69
posaconazole tablet	35	prochlorper sup	20	ramelteon tablet	50
POT	54	prochlorper tablet	20	ramipril capsule	45
pot chl/d	54	procto-med cre hc	88	ranolazine tablet	79
pot chl/nacl injectable	54	proctosol hc cre	88	rasagiline tablet	48
pot chloride capsule	54	proctozone cre -hc	88	RASUVO	10
pot chloride injectable	54	progesterone capsule	68	reclipsen tablet	67

Índice

RECOMBIVA	40	ROZLYTREK	10	smz/tmp ds tablet	5
RECOMBIVA-HB	40	RUBRACA	10	smz-tmp suspension	5
RECTIV	78	rufinamide suspension	30	smz-tmp tablet	5
RELENZA	38	rufinamide tablet	30	SOD	47,54
RELEUKO	43	RUKOBIA	38	sod poly sul pow	52
RELISTOR	58,81	RYBELSUS	62	SODIUM	54,90
RELYVRIO	51	RYDAPT	11	SODIUM/POTAS	81
repaglinide tablet	62	RYTARY	49	SOFOS/VELPAT	38
REPATHA	74,75	SAFYRAL	67	solifenacin tablet	84
RETACRIT	43	SAIZEN	66	SOLQUA	62
RETEVMO	10	SANDIMMUNE	33	SOLTAMOX	69
REVCovi	54	SANTYL	89	SOMAVERT	66
REVLIMID	10	sapropterin pow	34	sorafenib tablet	11
REXULTI	20	sapropterin tablet	34	sorine tablet	76
REYATAZ	38	SAVAYSA	42	sotalol af tablet	76
REYVOW	14	SAVELLA	15	sotalol hcl tablet	76
REZLIDHIA	10	saxa/metfor tablet	62	SPINOSAD	87
REZUROCK	33	saxagliptin tablet	62	SPIRIVA	71
RHOFADE	89	SCEMBLIX	11	spirono/hctz tablet	45
RHOPRESSA	55	scopolamine dis	71	spironolact tablet	45
ribavirin capsule	38	SECUADO	20	sprintec	67
ribavirin tablet	38	SEGLUROMET	62	SPRITAM	30
RIDAURA	52	selegiline capsule	49	SPRYCEL	11
RIFABUTIN	1	selegiline tablet	49	sps suspension	52
rifampin capsule	1	SELZENTRY	38	sronyx tablet	67
rifampin injectable	1	SEREVENT	72	SSD	87
riluzole tablet	51	sertraline con	20	STEGLATRO	62
RINVOQ	82	sertraline tablet	21	STELARA	82
RISEDRON	33	sevelamer tablet	52	STIOLTO	71
risedronate tablet	33	SHINGRIX	40	STIVARGA	11
RISPERDAL	20	SIGNIFOR	70	streptomycin injectable	5
risperidone solution	20	sildenafil suspension	78	STRIBILD	38
risperidone tablet	20	sildenafil tablet	78	STRIVERDI	72
ritonavir tablet	38	silodosin capsule	41	SUCRAID	54
RIVASTIGMINE	41	SILVER	87	sucrafate suspension	80
rivastigmine capsule	41	SIMBRINZA	55	sucrafate tablet	80
rizatriptan tablet	14	simvastatin tablet	75	sulf/pred na solution op	56
ROCKLATAN	55	sirolimus solution	33	sulfacet sod oin	56
roflumilast tablet	32	sirolimus tablet	33	sulfacet sod solution	56
ropinirole tablet	48,49	SIRTURO	1	sulfacetamid lot	87
rosuvastatin tablet	75	SITAVIG	38	sulfadiazine tablet	5
ROTARIX	40	SIVEXTRO	5	SULFASALAZIN	5
ROTATEQ	40	SKYRIZI	89	sulfasalazin tablet	5
ROWASA	57	SLYND	67	sulindac tablet	26

Índice

SUMATRIPTAN	14	TAZVERIK	11	tizanidine capsule	73
sumatriptan injectable	14	TDVAX	39	tizanidine tablet	73
sumatriptan tablet	14	TECFIDERA	83	tobra/dexame suspension	56
sunitinib capsule	11	TEFLARO	5	TOBRADEX	56
SUNLENCA	38	TEGSEDI	81	tobramycin injectable	5
SUNOSI	51	telmis/amlod tablet	77	tobramycin neb	5
SUPRAX	5	telmisa/hctz tablet	45	tobramycin solution	56
suprax chw	5	telmisartan tablet	45	TOBREX	56
suprax suspension	5	temazepam capsule	50	tolcapone tablet	49
SUPREP	81	TENIVAC	39	tolterodine capsule	84
SYMBICORT	72	tenofovir tablet	38	tolterodine tablet	84
SYMDEKO	85	TEPMETKO	11	tolvaptan tablet	53
SYMJEPI	72	terazosin capsule	44	topiramate capsule	31
SYMLINPEN	62	terbinafine tablet	35	topiramate tablet	31
SYMLNPEN	62	terbutaline tablet	72	toremifene tablet	69
SYMPAZAN	30	terconazole cre	87	torsemide tablet	53
SYMPROIC	58	terconazole sup	87	TOUJEO	62
SYMTUZA	38	teriflunomid tablet	83	TPN	54
SYNAREL	70	TERIPARATIDE	70	TRACLEER	86
SYNJARDY	62	testost cyp injectable	65	TRADJENTA	62
SYNRIBO	11	testost enan injectable	65	tramadl/apap tablet	26
SYNTHROID	64	testosterone gel	65	tramadol hcl tablet	26
TABLOID	11	testosterone gel pump	65	trando/verap tablet	77,78
TABRECTA	11	testosterone solution	66	trandolapril tablet	45
tacrolimus capsule	33	tetrabenazin tablet	51,52	TRANEX	41
tacrolimus oin	89	tetracycline capsule	5	tranylcyprom tablet	21
tadalafil tablet	78	THALOMID	83	TRAVASOL	52
TADLIQ	78	theophylline tablet	84	trazodone tablet	21
TAFINLAR	11	thioridazine tablet	21	TRECTOR	1
TAGRISSO	11	thiothixene capsule	21	TRELEGY	71
TAKHZYRO	33	tiadylt capsule	77	TRELSTAR	70
TALZENNA	11	TIAGABINE	30	TRETINOIN	13
tamoxifen tablet	69	tiagabine tablet	30,31	tretinoin capsule	11
tamsulosin capsule	41	TIBSOVO	11	tretinoin cre	13
tarina	67	TICOVAC	40	tretinoin gel	13
TARPEYO	59	tigecycline injectable	5	trexall tablet	11,12
TASIGNA	11	tilia fe tablet	67	triamcinolon aer spray	88
tasimelteon capsule	50	timolol gel solution	55	triamcinolon cre	88
TAVALISSE	42	timolol mal solution	55	triamcinolon lot	88
TAVNEOS	34	timolol mal tablet	76	triamcinolon oin	88
tazarotene cre	89	timolol male solution	55	triamcinolon pst den	57
tazarotene gel	89	tinidazole tablet	2	triamt/hctz capsule	53
TAZORAC	90	TIROSINT-SOL	64,65	triamt/hctz tablet	53
taztia xt capsule	77	TIVICAY	38	TRIAMTERENE	53

Índice

triazolam tablet	50	VALCHLOR	90	VIOKACE	81
triderm cre	88	valganciclov solution	39	VIRACEPT	39
trientine capsule	35	valganciclov tablet	39	VIREAD	39
tri-estaryll tablet	67	valproic acid capsule	31	VITRAKVI	12
trifluoperaz tablet	21	valproic acid solution	31	VIVJOA	35
trifluridine solution	56	valsart/hctz tablet	45	VIZIMPRO	12
trihexyphen solution	49	valsartan tablet	45	VONJO	12
trihexyphen tablet	49	VALTOCO	50	VORICONAZOLE	35
TRIJARDY	62,63	VANCOMYCIN	5	voriconazole injectable	35
TRIKAFTA	85	vancomycin capsule	5	voriconazole tablet	36
tri-legest tablet fe	67	vancomycin injectable	5	VOSEVI	39
tri-lo tablet estaryll	67	vancomycin solution	5	VOTRIENT	12
tri-lo- tablet sprintec	67	VANDAZOLE	87	VOXZOGO	34
trimethoprim tablet	1	VANFLYTA	12	VRAYLAR	21,22
trimipramine capsule	21	VAQTA	40	VTAMA	90
TRINTELLIX	21	varenicline tablet	72	VUMERITY	83
tri-nymyo tablet	67	VARIVAX	40	vylibra tablet	68
tri-sprintec tablet	68	VARUBI	80	VYNDAMAX	79
TRIUMEQ	38	velivet packet	68	VYNDAQEL	79
trivora-	68	VELPHORO	52	VYZULTA	55
tri-vylibra tablet lo	68	VELTASSA	52	WAKIX	47,48
TRIZIVIR	39	VEMLIDY	39	warfarin tablet	42
TROPHAMINE	52	VENCLEXTA	12	WELIREG	12
tropium chl capsule	84	VENLAFAXINE	21	wixela inhub aer	72
tropium cl tablet	84	venlafaxine capsule	21	XALKORI	12
TRULANCE	58	venlafaxine tablet	21	XARELTO	42
TRULICITY	63	VENTAVIS	86	XCOPRI	31
TRUMENBA	40	VENTOLIN	72	XELJANZ	82
TUKYSA	12	VERAPAMIL	78	XELPROS	55
TURALIO	12	verapamil tablet	78	XENLETA	5
TWINRIX	40	VERKAZIA	57	XERMELO	79
TYBOST	34	VERQUVO	78,79	XGEVA	33
TYMLOS	70	VERSACLOZ	21	XHANCE	57
TYPHIM	40	VERZENIO	12	XIFAXAN	5
TYRVAYA	57	vestura tablet	68	XIGDUO	63
TYVASO	86	VICTOZA	63	XIIDRA	57
UBRELVY	14	vienva tablet	68	XOFLUZA	39
UDENYCA	43	vigabatrin packet	31	XOLAIR	32
UNITHROID	65	vigabatrin tablet	31	XOSPATA	12
UPTRAVI	86	vigadrone pow	31	XPOVIO	12
ursodiol capsule	80	VIIBRYD	21	XTAMPZA	26
ursodiol tablet	80	VIJOICE	12	XTANDI	12,13
UZEDY	21	vilazodone tablet	21	xulane dis	68
valacyclovir tablet	39	VIMPAT	31	XURIDEN	33

Índice

YF-VAX	40
YONSA	13
yuvaferm tablet	69
zafirlukast tablet	84
zaleplon capsule	50
ZARXIO	43,44
ZEGALOGUE	63
ZEJULA	13
ZELAPAR	49
ZELBORAF	13
ZEMAIRA	32
zenatane capsule	90
ZENPEP	81
ZEPOSIA	83
ZETONNA	57
zidovudine capsule	39
zidovudine syrup	39
zidovudine tablet	39
ZIEXTENZO	44
ZIMHI	26
ziprasidone capsule	22
ziprasidone injectable	22
ZIRGAN	56
ZOLINZA	13
ZOLMITRIPTAN	14
zolmitriptan tablet	14
zolpidem er tablet	50
zolpidem tablet	50
ZOMACTON	68
ZOMIG	14
ZONISADE	31
zonisamide capsule	31
ZONTIVITY	42
ZORYVE	90
zovia	68
ZTALMY	31
ZUBSOLV	26
ZYDELIG	13
ZYKADIA	13
ZYLET	56
ZYPREXA	22

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente



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

Esta formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2023.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted. Llame a Servicios para miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costo compartido se encuentre.

Este formulario es para los siguientes planes y áreas de servicio:

Idaho

SelectHealth Medicare Essential (HMO) 003

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 004

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 013

SelectHealth Medicare Classic (HMO) 014

Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con SelectHealth Servicios al Miembros al, **855-442-9900** (Los usuarios de TTY deben llamar al 711) durante las siguientes fechas y horarios:

El 1 de octubre al 31 marzo:

Lunes a viernes 7:00 a.m. to 8:00 p.m., el sábado y el domingo de 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

El 1 de abril al 30 de septiembre:

Lunes a viernes 7:00 a.m. a 8:00 p.m, el sábado 9:00 a.m. a 2:00 p.m., cerrado el domingo.

Fuera de estas horas de operación, por favor deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro de un día hábil, o visite **selecthealth.org/medicare**.

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 23048 Versión 29

© 2023 SelectHealth. reservados todos los derechos. 2132827 12/23

Y0165_2132827_v29_C