



**Select  
Health**

# Select Health Medicare | 2024 Formulario Enhanced

## LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

**Esta formulario se actualizó el 01 de mayo de 2024.**

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

Utah

**Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007**

Idaho

**Select Health Medicare Enhanced (HMO) 008**

Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Select Health 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](https://selecthealth.org/medicare).

Esta página dejada en blanco intencionadamente

# **Select Health Medicare**

## **Formulario Enhanced para 2024**

### **Lista de medicamentos cubiertos**

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

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

Los proveedores fuera de la red/no contratados no tienen la obligación de 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 24048 Versión 20

© 2024 Select Health. reservados todos los derechos. 2651284 05/24 Y0165\_2651284\_v20\_C

# Multi-Language Interpreter Services

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

Select Health obedece las leyes federales de derechos civiles. No lo tratamos de manera diferente debido a su raza, color, origen étnico o de dónde proviene, edad, discapacidad, sexo, religión, credo, idioma, clase social, orientación sexual, identidad o expresión de género y/o condición de veterano. Esta información está disponible de forma gratuita en otros idiomas y formatos alternativos comunicándose con Select Health Medicare al **855-442-9900 (TTY: 711)**

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

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

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

**Tagalog:** Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasalang-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasalang-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:** 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-855-442-9900** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

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

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

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

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

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

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

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

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

**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 Select Health. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a Select Health Medicare.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, **la cual está en vigencia desde el 01 de mayo de 2024**. 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 2024 y periódicamente durante el año.

## **¿Qué es el Formulario de Select Health Medicare?**

Un Formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por Select Health 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, Select Health 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 Select Health 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 Select Health 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 Select Health Medicare?”.

**Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento.** En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2024 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura de 2024, 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 mayo de 2024.** Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Select Health Medicare 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, Select Health puede hacer cambios a través de hojas de erratas que se le envían por correo. Además, puede visitar [selecthealth.org/medicare](https://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 85**. 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?

Select Health 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:** Select Health exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará

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

- > **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, Select Health limita la cantidad del medicamento que cubrirá Select Health. Por ejemplo, Select Health 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, Select Health 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 Select Health no cubra el medicamento B, a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, Select Health 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 Select Health 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 Select Health 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 Select Health 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 Select Health Medicare. Cuando reciba la lista, muéstresela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por Select Health Medicare.
- > Puede solicitar que Select Health 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 Select Health Medicare?

Puede solicitarle a Select Health 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, Select Health 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, Select Health 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 Select Health Medicare, consulte la *Evidencia de cobertura* y otra documentación del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre Select Health, 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 Select Health Medicare

El Formulario que comienza en la siguiente **página 1** proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por Select Health Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 85**.

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 Select Health 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
<b>AGENTES ANTIINFECTIVOS</b>		
<b>ANTHELMINTICS</b>		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	2	AP; NM
<i>ivermectin tablet 3mg</i>	2	NM
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	2	NM
<b>URINARY ANTI-INFECTIVES</b>		
<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>	2	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	2	NM
<b>ANTIMYCOBACTERIALS</b>		
<i>dapsone tablet 100mg</i>	2	
<i>dapsone tablet 25mg</i>	2	
<i>ethambutol tablet 100mg</i>	2	NM
<i>ethambutol tablet 400mg</i>	2	NM
<i>isoniazid tablet 100mg</i>	2	NM
<i>isoniazid tablet 300mg</i>	2	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>	2	NM
<i>rifampin capsule 300mg</i>	2	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
TRECTOR TABLET 250MG	4	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<b>ANTIPROTOZOALS</b>		
<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>	2	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>	2	NM
<i>hydroxychlor tablet 200mg</i>	2	NM
<i>hydroxychlor tablet 300mg</i>	2	NM
<i>hydroxychlor tablet 400mg</i>	2	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>	2	NM
<i>metronidazol tablet 500mg</i>	2	NM
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i> LC 20 cada 10 dia(s)	2	LC; NM
<i>pentamidine inh 300mg</i>	2	BvsD; NM
<i>pentamidine injectable 300mg</i>	2	IH; NM
PRIMAQUINE TABLET 26.3MG	2	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>quinine sulf capsule 324mg</i>	2	NM
<i>tinidazole tablet 250mg</i>	2	NM
<i>tinidazole tablet 500mg</i>	2	NM
<b>ANTIBACTERIALS</b>		
<i>amikacin injectable 500/2ml</i>	2	IH; NM
<i>amox-pot cla tablet er</i>	2	NM
<i>amox/k clav chw 200mg</i>	2	NM
<i>amox/k clav chw 400mg</i>	2	NM
<i>amox/k clav suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>amox/k clav suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>amox/k clav suspension 400/5ml</i>	2	NM
<i>amox/k clav suspension 600/5ml</i>	2	NM
<i>amox/k clav tablet 250-125</i>	2	NM
<i>amox/k clav tablet 500-125</i>	2	NM
<i>amox/k clav tablet 875-125</i>	2	NM
<i>amoxicillin capsule 250mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin capsule 500mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin chw 125mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin chw 250mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>amoxicillin suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>amoxicillin suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>amoxicillin suspension 400/5ml</i>	2	NM
<i>amoxicillin tablet 500mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin tablet 875mg</i>	2	NM
<i>amp-sulbacta injectable 1-0.5gm</i>	2	IH; NM
<i>amp-sulbacta injectable 15gm</i>	2	IH; NM
<i>amp/sulbacta injectable 3gm</i>	2	IH; NM
<i>ampicillin capsule 500mg</i>	2	NM
<i>ampicillin injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>ampicillin injectable 125mg</i>	2	IH; NM
<i>ampicillin injectable 1gm</i>	2	IH; NM
ARIKAYCE SUSPENSION	5	LC; AP
LC 252 cada 30 dia(s)		
<i>azithromycin injectable 500mg</i>	2	IH; NM
AZITHROMYCIN POW 1GM	2	NM
PACKET		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>azithromycin suspension 100/5ml</i>	2	NM
AZITHROMYCIN SUSPENSION 200/5ML	2	NM
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	2	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>azithromycin tablet 500mg</i>	2	NM
<i>azithromycin tablet 600mg</i>	2	NM
<i>aztreonam injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>aztreonam injectable 2gm</i>	2	IH; NM
BAXDELA INJECTABLE 300MG	5	LC; IH; NM
LC 28 cada 14 dia(s)		
BAXDELA TABLET 450MG	5	LC; 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)		
<i>cefaclor capsule 250mg</i>	2	NM
<i>cefaclor capsule 500mg</i>	2	NM
<i>cefaclor er tablet 500mg</i>	2	NM
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	2	NM
<i>cefadroxil suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>cefadroxil suspension 500/5ml</i>	2	NM
<i>cefadroxil tablet 1gm</i>	2	NM
<i>cefazolin injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>cefazolin injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>cefazolin injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>cefdinir capsule 300mg</i>	2	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>cefдинир suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>cefдинир suspension 250/5ml</i>	2	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>cefepodo prox suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>cefepodo prox suspension 50mg/5ml</i>	2	NM
<i>cefpodoxime tablet 100mg</i>	2	NM
<i>cefpodoxime 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>	2	NM
<i>cephalexin capsule 500mg</i>	2	NM
<i>cephalexin suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>cephalexin suspension 250/5ml</i>	2	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>cephalexin tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cephalexin tablet 500mg</i>	2	NM
<i>ciprofloxacin injectable 200mg</i>	2	IH; NM
<i>ciprofloxacin tablet 250mg</i>	2	NM
<i>ciprofloxacin tablet 500mg</i>	2	NM
<i>ciprofloxacin tablet 750mg</i>	2	NM
<i>clarithromycin suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromycin suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromycin tablet 250mg</i>	2	NM
<i>clarithromycin tablet 500mg</i>	2	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>	2	NM
<i>clindamycin capsule 300mg</i>	2	NM
<i>clindamycin capsule 75mg</i>	2	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
DALVANCE SOLUTION 500MG	4	IH; NM
<i>daptomycin injectable 350mg</i>	2	IH; NM
<i>daptomycin injectable 500mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC; IH; NM
<i>dicloxacillin capsule 250mg</i>	2	NM
<i>dicloxacillin capsule 500mg</i>	2	NM
DIFICID SUSPENSION LC 136 cada 10 dia(s)	5	LC; TE; 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
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>erythrocin tablet 250mg</i>	3	NM
<i>erythrom eth suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>erythrom eth suspension 400/5ml</i>	2	NM
ERYTHROMYCIN CAPSULE 250MG EC	2	NM
<i>erythromycin tablet 250mg bs</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 250mg ec</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 333mg ec</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 500mg bs</i>	2	NM
<i>erythromycin tablet 500mg ec</i>	2	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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	IH; NM
<i>imipenem/cil injectable 500mg</i>	4	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>	2	NM
<i>levofloxacin tablet 500mg</i>	2	NM
<i>levofloxacin tablet 750mg</i>	2	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 injectable 400/250</i>	2	IH; NM
<i>moxifloxacin tablet 400mg</i>	2	NM
<i>nafcillin injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>nafcillin injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>nafcillin injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>neomycin tablet 500mg</i>	2	NM
NUZYRA INJECTABLE 100MG LC 15 cada 14 dia(s)	4	LC; IH; NM
NUZYRA TABLET 150MG LC 30 cada 14 dia(s)	4	LC; NM
<i>ofloxacin tablet 300mg</i>	2	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 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>	2	NM
<i>penicillin vk tablet 500mg</i>	2	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; IH; NM
SIVEXTRO TABLET 200MG LC 6 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>smz-tmp suspension 200-40/5</i>	2	NM
<i>smz-tmp tablet 400-80mg</i>	2	NM
<i>smz/tmp ds tablet 800-160</i>	2	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
TEFLARO INJECTABLE 400MG	4	AP; IH; NM
TEFLARO INJECTABLE 600MG	4	AP; IH; NM
<i>tetracycline capsule 250mg</i>	2	NM
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)	2	LC
XENLETA TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
XIFAXAN TABLET 200MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
XIFAXAN TABLET 550MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
<b>AGENTES ANTINEOPLASTICOS</b>		
<b>ANTINEOPLASTIC AGENTS</b>		
<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
AKEEGA TABLET 100/500 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AKEEGA TABLET 50/500MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALECENSA CAPSULE 150MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG PACKET LC 30 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG TABLET 180MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALUNBRIG TABLET 30MG LC 180 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 TABLET 90MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUGTYRO CAPSULE 40MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AYVAKIT TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 3MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 4MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
BALVERSA TABLET 5MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
BEXAROTENE CAPSULE 75MG	5	AP
<i>bicalutamide tablet 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
BOSULIF CAPSULE 100MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BOSULIF CAPSULE 50MG LC 210 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BOSULIF TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BOSULIF TABLET 400MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BOSULIF TABLET 500MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BRAFTOVI CAPSULE 75MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BRUKINSA CAPSULE 80MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CABOMETYX TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CABOMETYX TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CABOMETYX TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CALQUENCE CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CALQUENCE TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPRELSA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPRELSA TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(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 dia(s)	5	LC; AP
COPIKTRA CAPSULE 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
COTELLIC TABLET 20MG LC 63 cada 28 dia(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 dia(s)	5	LC; AP
DAURISMO TABLET 25MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DROXIA CAPSULE 200MG	4	
DROXIA CAPSULE 300MG	4	
DROXIA CAPSULE 400MG	4	
ERIVEDGE CAPSULE 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ERLEADA TABLET 240MG 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
ERLEADA TABLET 60MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>erlotinib tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>erlotinib tablet 150mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>erlotinib tablet 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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
FRUZAQLA CAPSULE 1MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FRUZAQLA CAPSULE 5MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
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

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
ICLUSIG TABLET 45MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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)	2	LC
<i>imatinib mes tablet 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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 216 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
IWILFIN TABLET 192MG LC 240 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JAKAFI TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

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>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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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
OGSIVEO TABLET 50MG LC 180 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
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
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
<i>pazopanib tablet 200mg</i>	5	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ROZLYTREK CAPSULE 200MG LC 90 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
ROZLYTREK PACKET 50MG LC 360 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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
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	
<i>trexall tablet 7.5mg</i>	3	
TRUQAP TABLET 160MG LC 64 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
TRUQAP TABLET 200MG LC 64 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
TUKYSA TABLET 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TUKYSA TABLET 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TURALIO CAPSULE 125MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VANFLYTA TABLET 17.7MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VANFLYTA TABLET 26.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VENCLEXTA TABLET 100MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VENCLEXTA TABLET 10MG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
VENCLEXTA TABLET 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VENCLEXTA TABLET START PK LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VIJOICE TABLET 125MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
VIJOICE TABLET 250MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
VIJOICE TABLET 50MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
VITRAKVI CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VITRAKVI CAPSULE 25MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 45MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VONJO CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
WELIREG TABLET 40MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 250MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XOSPATA TABLET 40MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 40MG LC 8 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
XPOVIO PACKET 40MG LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 40MG LC 8 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 50MG LC 8 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 60MG LC 24 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 60MG LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 80MG LC 32 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XTANDI CAPSULE 40MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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
ZĒJULA CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZĒJULA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZĒJULA TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZĒJULA TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZĒLBORAF 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<b>AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>		
<b>ANTIMIGRAINE AGENTS</b>		
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 84 dia(s)	3	LC; TE
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 84 dia(s)	3	LC; TE
<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 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP
EMGALITY INJECTABLE 120MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP
FROVATRIPTAN TABLET 2.5MG LC 12 cada 30 dia(s)	2	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 8 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
QULIPTA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
QULIPTA TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
QULIPTA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	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

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>rizatriptan tablet 10mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>rizatriptan tablet 10mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	2	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
<i>sumatriptan injectable 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)	2	LC
<i>sumatriptan tablet 25mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>sumatriptan tablet 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	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
<i>zolmitriptan spr 5mg</i> LC 8 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<b>PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS</b>		
ABILIFY ASIM INJECTABLE 720MG LC 2.40 cada 56 dia(s)	5	LC; BvsD
ABILIFY ASIM INJECTABLE 960MG LC 3.20 cada 56 dia(s)	5	LC; BvsD
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>amitriptylin tablet 100mg</i>	2	
<i>amitriptylin tablet 10mg</i>	2	
<i>amitriptylin tablet 150mg</i>	2	
<i>amitriptylin tablet 25mg</i>	2	
<i>amitriptylin tablet 50mg</i>	2	
<i>amitriptylin tablet 75mg</i>	2	
<i>amoxapine tablet 100mg</i>	2	
<i>amoxapine tablet 150mg</i>	2	
<i>amoxapine tablet 25mg</i>	2	
<i>amoxapine tablet 50mg</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
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>	2	
<i>aripiprazole tablet 10mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>aripiprazole tablet 15mg</i>	2	
<i>aripiprazole tablet 15mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>aripiprazole tablet 20mg</i>	2	
<i>aripiprazole tablet 2mg</i>	2	
<i>aripiprazole tablet 30mg</i>	2	
<i>aripiprazole tablet 5mg</i>	2	
ARISTADA INJECTABLE 1064MG LC 3.90 cada 56 dia(s)	5	LC; BvsD
ARISTADA INJECTABLE 441MG/1. LC 1.60 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ARISTADA INJECTABLE 662MG/2 LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ARISTADA INJECTABLE 882MG/3 LC 3.20 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
ARISTADA INJECTABLE INITIO LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
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>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>bupropion tablet 100mg sr</i>	2	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	2	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	2	
<i>bupropion tablet 200mg sr</i>	2	
<i>bupropion tablet 75mg</i>	2	
<i>buproprn hcl tablet 150mg xl</i>	2	
<i>buproprn hcl tablet 300mg xl</i>	2	
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>	2	
<i>chlorpromaz tablet 10mg</i>	2	
<i>chlorpromaz tablet 200mg</i>	2	
<i>chlorpromaz tablet 25mg</i>	2	
<i>chlorpromaz tablet 50mg</i>	2	
<i>chlorpromazi con 100mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazi con 30mg/ml</i>	2	
CITALOPRAM CAPSULE 30MG	2	
<i>citalopram solution 10mg/5ml</i>	2	
<i>citalopram tablet 10mg</i>	2	
<i>citalopram tablet 20mg</i>	2	
<i>citalopram tablet 40mg</i>	2	
<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)	2	LC
<i>clozapine tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 12.5/odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 150/odt</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 200/odt</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>clozapine tablet 200mg</i> LC 135 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 25mg odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clozapine tablet 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>compro sup 25mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 100mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 10mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 150mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 25mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 50mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 75mg</i>	2	
<i>desvenlafax tablet 100mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
DESVENLAFAX TABLET 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>desvenlafax tablet 25mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>desvenlafax tablet 50mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
DESVENLAFAX TABLET 50MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>doxepin hcl capsule 100mg</i>	2	
<i>doxepin hcl capsule 10mg</i>	2	
<i>doxepin hcl capsule 150mg</i>	2	
<i>doxepin hcl capsule 25mg</i>	2	
<i>doxepin hcl capsule 50mg</i>	2	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	2	
<i>doxepin hcl con 10mg/ml</i>	2	
<i>duloxetine capsule 20mg</i>	2	
<i>duloxetine capsule 30mg</i>	2	
<i>duloxetine capsule 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>duloxetine capsule 60mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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</i> 5mg/5ml	2	
<i>escitalopram tablet 10mg</i>	2	
<i>escitalopram tablet 20mg</i>	2	
<i>escitalopram tablet 5mg</i>	2	
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
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

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>fluoxetine capsule 10mg</i>	2	
<i>fluoxetine capsule 20mg</i>	2	
<i>fluoxetine capsule 40mg</i>	2	
<i>fluoxetine capsule 90mg dr</i>	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		
<i>fluoxetine solution 20mg/5ml</i>	2	
<i>fluoxetine tablet 10mg</i>	2	
<i>fluoxetine tablet 10mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fluoxetine tablet 20mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>fluoxetine tablet 20mg</i>	2	
<i>fluoxetine tablet 60mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fluphenaz de injectable 25mg/ml</i>	2	BvsD
<i>fluphenazine elx 2.5/5ml</i>	2	
<i>fluphenazine injectable 2.5mg/ml</i>	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	
FLUVOXAMINE TABLET 100MG	2	
FLUVOXAMINE TABLET 25MG	2	
FLUVOXAMINE TABLET 50MG	2	
<i>haloper dec injectable 100mg/ml</i>	2	BvsD
<i>haloper dec injectable 500/5ml</i>	2	BvsD
<i>haloper dec injectable 50mg/ml</i>	2	BvsD
<i>haloper lac injectable 5mg/ml</i>	2	BvsD
<i>haloperidol con 2mg/ml</i>	2	
<i>haloperidol tablet 0.5mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 10mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 1mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 20mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 2mg</i>	2	
<i>haloperidol tablet 5mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>imipram hcl tablet 10mg</i>	2	
<i>imipram hcl tablet 25mg</i>	2	
<i>imipram hcl tablet 50mg</i>	2	
<i>imipram pam capsule 100mg</i>	2	
<i>imipram pam capsule 125mg</i>	2	
<i>imipram pam capsule 150mg</i>	2	
<i>imipram pam capsule 75mg</i>	2	
INVEGA HAFYE INJECTABLE	5	LC; BvsD
1092MG		
LC 3.50 cada 180 dia(s)		
INVEGA HAFYE INJECTABLE	5	LC; BvsD
1560MG		
LC 5 cada 180 dia(s)		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	BvsD
117/0.75		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	BvsD
156MG/ML		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	BvsD
234/1.5		
INVEGA SUST INJECTABLE	4	BvsD
39/0.25		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	BvsD
78/0.5ML		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC; BvsD
273MG		
LC 0.8750 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC; BvsD
410MG		
LC 1.3150 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC; BvsD
546MG		
LC 1.75 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC; BvsD
819MG		
LC 2.6250 cada 90 dia(s)		
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	2	
<i>lithium carb capsule 150mg</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>lithium carb capsule 300mg</i>	2	
LITHIUM CARB CAPSULE 600MG	2	
LITHIUM CARB TABLET 300MG	2	
<i>lithium carb tablet 300mg er</i>	2	
<i>lithium carb tablet 450mg er</i>	2	
<i>loxapine capsule 10mg</i>	2	
<i>loxapine capsule 25mg</i>	2	
<i>loxapine capsule 50mg</i>	2	
<i>loxapine capsule 5mg</i>	2	
<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>	2	
<i>mirtazapine tablet 15mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>mirtazapine tablet 30mg</i>	2	
<i>mirtazapine tablet 30mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>mirtazapine tablet 45mg</i>	2	
<i>mirtazapine tablet 45mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mirtazapine tablet 7.5mg</i>	2	
<i>molindone tablet hcl 10mg</i>	2	LC
LC 270 cada 30 dia(s)		
<i>molindone tablet hcl 25mg</i>	2	LC
LC 270 cada 30 dia(s)		
<i>molindone tablet hcl 5mg</i>	2	LC
LC 270 cada 30 dia(s)		
<i>nefazodone tablet 100mg</i>	2	
<i>nefazodone tablet 150mg</i>	2	
<i>nefazodone tablet 200mg</i>	2	
<i>nefazodone tablet 250mg</i>	2	
<i>nefazodone tablet 50mg</i>	2	
<i>nortriptylin capsule 10mg</i>	2	
<i>nortriptylin capsule 25mg</i>	2	
<i>nortriptylin capsule 50mg</i>	2	
<i>nortriptylin capsule 75mg</i>	2	
<i>nortriptylin solution</i>	2	
<i>10mg/5ml</i>		
NUPLAZID CAPSULE 34MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
NUPLAZID TABLET 10MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>olanza/fluox capsule 12-25mg</i>	2	
<i>olanza/fluox capsule 12-50mg</i>	2	
<i>olanza/fluox capsule 3-25mg</i>	2	
<i>olanza/fluox capsule 6-25mg</i>	2	
<i>olanza/fluox capsule 6-50mg</i>	2	
<i>olanzapine injectable 10mg</i>	2	BvsD
<i>olanzapine tablet 10mg</i>	2	
<i>olanzapine tablet 10mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 15mg</i>	2	
<i>olanzapine tablet 15mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 2.5mg</i>	2	
<i>olanzapine tablet 20mg</i>	2	
<i>olanzapine tablet 20mg odt</i>	2	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>olanzapine tablet 5mg</i>	2	
<i>olanzapine tablet 5mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olanzapine tablet 7.5mg</i>	2	
<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>paroxetin er tablet 12.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>paroxetin er tablet 37.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>paroxetine suspension 10mg/5ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>paroxetine tablet 10mg</i>	2	
<i>paroxetine tablet 20mg</i>	2	
<i>paroxetine tablet 25mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>paroxetine tablet 30mg</i>	2	
<i>paroxetine tablet 40mg</i>	2	
PAXIL SUSPENSION 10MG/5ML	4	
<i>perphenazine tablet 16mg</i>	2	
<i>perphenazine tablet 2mg</i>	2	
<i>perphenazine tablet 4mg</i>	2	
<i>perphenazine tablet 8mg</i>	2	
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	2	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>prochlorper sup 25mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 10mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 5mg</i>	2	
<i>protriptylin tablet 10mg</i>	2	TE
<i>protriptylin tablet 5mg</i>	2	TE
<i>quetiapine tablet 100mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 150mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 150mg er</i>	2	
<i>quetiapine tablet 200mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 200mg er</i>	2	
<i>quetiapine tablet 25mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 300mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 300mg er</i>	2	
<i>quetiapine tablet 400mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 400mg er</i>	2	
<i>quetiapine tablet 50mg</i>	2	
<i>quetiapine tablet 50mg er</i>	2	
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
REXULTI TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
RISPERDAL INJECTABLE 12.5MG	4	BvsD
RISPERDAL INJECTABLE 25MG	5	BvsD
RISPERDAL INJECTABLE 37.5MG	5	BvsD
RISPERDAL INJECTABLE 50MG	5	BvsD
<i>risperidone solution 1mg/ml</i> LC 240 mililitro(s) 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>risperidone tablet 0.25 odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risperidone tablet 0.25mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 0.5mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 0.5mg od</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risperidone tablet 1mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 1mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risperidone tablet 2mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 2mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risperidone tablet 3mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 3mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risperidone tablet 4mg</i>	2	
<i>risperidone tablet 4mg odt</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
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
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)	2	LC
<i>sertraline tablet 100mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>sertraline tablet 25mg</i>	2	
<i>sertraline tablet 50mg</i>	2	
<i>thioridazine tablet 100mg</i>	2	
<i>thioridazine tablet 10mg</i>	2	
<i>thioridazine tablet 25mg</i>	2	
<i>thioridazine tablet 50mg</i>	2	
<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>	2	
<i>trazodone tablet 150mg</i>	2	
<i>trazodone tablet 300mg</i>	2	
<i>trazodone tablet 50mg</i>	2	
<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	TE
<i>trimipramine capsule 25mg</i>	2	TE
<i>trimipramine capsule 50mg</i>	2	TE
TRINTELLIX TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
TRINTELLIX TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
TRINTELLIX TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
UZEDY INJECTABLE 100MG LC 0.28 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
UZEDY INJECTABLE 125MG LC 0.35 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
UZEDY INJECTABLE 150MG LC 0.42 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
UZEDY INJECTABLE 200MG LC 0.56 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
UZEDY INJECTABLE 250MG LC 0.70 cada 28 dia(s)	5	LC; 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
UZEDY INJECTABLE 50MG LC 0.14 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
UZEDY INJECTABLE 75MG LC 0.21 cada 28 dia(s)	5	LC; BvsD
<i>venlafaxine capsule 150mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>venlafaxine capsule 37.5 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>venlafaxine capsule 75mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>venlafaxine tablet 100mg</i>	2	
VENLAFAXINE TABLET 112.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>venlafaxine tablet 25mg</i>	2	
<i>venlafaxine tablet 37.5mg</i>	2	
<i>venlafaxine tablet 50mg</i>	2	
<i>venlafaxine tablet 75mg</i>	2	
VERSACLOZ SUSPENSION 50MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>vilazodone tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>vilazodone tablet 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>vilazodone tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
VRAYLAR CAPSULE 1.5-3MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
VRAYLAR CAPSULE 1.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VRAYLAR CAPSULE 3MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VRAYLAR CAPSULE 4.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VRAYLAR CAPSULE 6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>ziprasidone capsule 20mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ziprasidone capsule 40mg</i>	2	
<i>ziprasidone capsule 60mg</i>	2	
<i>ziprasidone capsule 80mg</i>	2	
<i>ziprasidone injectable 20mg</i>	2	BvsD
ZURZUVAE CAPSULE 20MG LC 28 cada 14 dia(s)	5	LC; AP
ZURZUVAE CAPSULE 25MG LC 28 cada 14 dia(s)	5	LC; AP
ZURZUVAE CAPSULE 30MG LC 28 cada 14 dia(s)	5	LC; AP
ZYPREXA RELP INJECTABLE 210MG	4	BvsD
<b>ANALGESICS AND ANTIPIRETTICS</b>		
<i>apap/codeine tablet</i> 300-15mg LC 390 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>apap/codeine tablet</i> 300-30mg LC 390 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>apap/codeine tablet</i> 300-60mg LC 390 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>ascomp/cod capsule 30mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	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
<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
<i>buprenorphin dis 10mcg/hr</i> LC 4 cada 28 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>buprenorphin dis 15mcg/hr</i> LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; NM
<i>buprenorphin dis 20mcg/hr</i> LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; NM
<i>buprenorphin dis 5mcg/hr</i> LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; NM
<i>buprenorphin dis 7.5/hr</i> LC 4 cada 28 dia(s)	3	LC; NM
<i>buprenorphin sub 2mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>buprenorphin sub 8mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	3	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)	2	LC; NM
<i>but/apap/caf capsule codeine</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/apap/caf tablet</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/asa/caf/ capsule codeine</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>but/asa/caff capsule</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>celecoxib capsule 100mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>celecoxib capsule 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>celecoxib capsule 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>celecoxib capsule 50mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diclofen pot tablet 50mg</i>	2	
<i>diclofenac pow 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diclofenac tablet 100mg er</i>	2	
<i>diclofenac tablet 25mg dr</i>	2	
<i>diclofenac tablet 50mg dr</i>	2	
<i>diclofenac tablet 75mg dr</i>	2	
<i>diflunisal tablet 500mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>etodolac capsule 200mg</i>	2	
<i>etodolac capsule 300mg</i>	2	
<i>etodolac tablet 400mg</i>	2	
<i>etodolac tablet 500mg</i>	2	
<i>etodolac er tablet 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>etodolac er tablet 500mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>etodolac er tablet 600mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
FENOPROFEN CAPSULE 400MG	2	
<i>fenoprofen tablet 600mg</i>	2	
FENTANYL OT LOZ 1200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 1600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 400MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 800MCG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
<i>flurbiprofen tablet 100mg</i>	2	
<i>hydroco/apap tablet</i> 10-325mg LC 240 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>hydroco/apap tablet 5-325mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	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>hydroco/apap tablet 7.5-325</i>	3	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>ibu tablet 600mg</i>	2	
<i>ibu tablet 800mg</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 400mg</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 600mg</i>	2	
<i>ibuprofen tablet 800mg</i>	2	
<i>indomethacin capsule 25mg</i>	2	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>indomethacin capsule 50mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>meclofen sod capsule 100mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>meclofen sod capsule 50mg</i>	2	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>meloxicam tablet 15mg</i>	2	
<i>meloxicam tablet 7.5mg</i>	2	
<i>morphine sul tablet 100mg er</i>	4	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 15mg</i>	4	LC; NM
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 15mg er</i>	4	LC; NM
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 200mg er</i>	4	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 30mg</i>	4	LC; NM
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 30mg er</i>	4	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>morphine sul tablet 60mg er</i>	4	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>nabumetone tablet 500mg</i>	2	
<i>nabumetone tablet 750mg</i>	2	
<i>naproxen suspension 125/5ml</i>	2	
<i>naproxen tablet 250mg</i>	2	
<i>naproxen tablet 375mg</i>	2	
<i>naproxen tablet 500mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>naproxen sod tablet 275mg</i>	2	
<i>naproxen sod tablet 550mg</i>	2	
<i>oxycod/apap tablet 10-325mg</i>	3	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>oxycod/apap tablet 2.5-325</i>	3	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>oxycod/apap tablet 5-325mg</i>	3	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>oxycod/apap tablet 7.5-325</i>	3	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>piroxicam capsule 10mg</i>	2	
<i>piroxicam capsule 20mg</i>	2	
<i>sulindac tablet 150mg</i>	2	
<i>sulindac tablet 200mg</i>	2	
<i>tramadol/apap tablet 37.5-325</i>	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>tramadol hcl tablet 100mg</i>	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>tramadol hcl tablet 100mg er</i>	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>tramadol hcl tablet 200mg er</i>	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>tramadol hcl tablet 300mg er</i>	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>tramadol hcl tablet 50mg</i>	3	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<b>OPIATE ANTAGONISTS</b>		
<b>KLOXXADO SPR 8MG</b>	3	LC
LC 7 cada 70 dia(s)		
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i>	2	LC
LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i>	2	LC
LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>naloxone injectable 1mg/ml</i>	2	LC
LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>naloxone hcl spr 4mg</i>	2	LC
LC 2 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>naltrexone tablet 50mg</i>	2	
ZIMHI SOLUTION	3	LC
LC 2 cada 30 dia(s)		
<b>ANTICONVULSANTS</b>		
APTIOM TABLET 200MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
APTIOM TABLET 400MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
APTIOM TABLET 600MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
APTIOM TABLET 800MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRIVIACT SOLUTION 10MG/ML	5	LC; TE
LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
BRIVIACT TABLET 100MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRIVIACT TABLET 10MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRIVIACT TABLET 25MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRIVIACT TABLET 50MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRIVIACT TABLET 75MG	5	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
CARBAMAZEPIN CAPSULE 100MG	2	LC
ER		
LC 480 cada 30 dia(s)		
CARBAMAZEPIN CAPSULE 200MG	2	LC
ER		
LC 240 cada 30 dia(s)		
CARBAMAZEPIN CAPSULE 300MG	2	LC
ER		
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>carbamazepin chw 100mg</i>	2	LC
LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>carbamazepin suspension 100/5ml</i>	2	LC
LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>carbamazepin tablet 100mger</i>	2	LC
LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>carbamazepin tablet 200mg</i>	2	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>carbamazepin tablet 200mg er</i>	2	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>carbamazepin tablet 400mg er</i>	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>clobazam suspension 2.5mg/ml</i>	2	LC
LC 480 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>clobazam tablet 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>clobazam tablet 20mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>clonazep odt tablet 0.125mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazep odt tablet 0.25mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazep odt tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazep odt tablet 1mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazep odt tablet 2mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazepam tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazepam tablet 1mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
<i>clonazepam tablet 2mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)		
DIACOMIT CAPSULE 250MG	4	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
DIACOMIT CAPSULE 500MG	4	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
DIACOMIT PACKET 250MG	4	LC; AP
LC 300 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
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)	2	LC
<i>divalproex tablet 250mg dr</i> LC 510 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>divalproex tablet 250mg er</i> LC 510 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>divalproex tablet 500mg dr</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>divalproex tablet 500mg er</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	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)	2	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>	2	
<i>ethosuximide solution 250/5ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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; TE
FYCOMPA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
FYCOMPA TABLET 12MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
FYCOMPA TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
FYCOMPA TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
FYCOMPA TABLET 6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
FYCOMPA TABLET 8MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
<i>gabapentin capsule 100mg</i> LC 960 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gabapentin capsule 300mg</i> LC 330 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gabapentin capsule 400mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gabapentin solution 250/5ml</i> LC 2160 mililitro(s) 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>gabapentin tablet 600mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gabapentin tablet 800mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>iacosamide solution 10mg/ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>iacosamide tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>iacosamide tablet 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>iacosamide tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>iacosamide 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
<i>lamotrig odt kit 25/50mg</i> LC 28 cada 180 dia(s)	2	LC
<i>lamotrig odt kit 50/100mg</i> LC 56 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>lamotrig odt tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 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)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)	2	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)	2	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)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	2	LC
<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)	2	LC
<i>levetiraceta tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levetiraceta tablet 250mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levetiraceta tablet 750mg</i> LC 120 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	Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levetiraceta tablet 750mg er</i>	2	LC	<i>pregabalin capsule 200mg</i>	2	
LC 120 cada 30 dia(s)			<i>pregabalin capsule 225mg</i>	2	
MAGNESIUM SU INJECTABLE 50%	2	IH	<i>pregabalin capsule 25mg</i>	2	
<i>magnesium su injectable 50%</i>	2	IH	<i>pregabalin capsule 300mg</i>	2	
<i>methsuximide capsule 300mg</i>	2	LC	<i>pregabalin capsule 50mg</i>	2	
LC 120 cada 30 dia(s)			<i>pregabalin capsule 75mg</i>	2	
<i>oxcarbazepin suspension</i>	2	LC	<i>pregabalin solution 20mg/ml</i>	2	
<i>300mg/5m</i>			<i>primidone tablet 125mg</i>	2	LC
LC 1200 cada 30 dia(s)			LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>oxcarbazepin tablet 150mg</i>	2	LC	<i>primidone tablet 250mg</i>	2	LC
LC 600 cada 30 dia(s)			LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>oxcarbazepin tablet 300mg</i>	2	LC	<i>primidone tablet 50mg</i>	2	LC
LC 300 cada 30 dia(s)			LC 1200 cada 30 dia(s)		
<i>oxcarbazepin tablet 600mg</i>	2	LC	<i>rufinamide suspension</i>	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)			<i>40mg/ml</i>		
PHENOBARB SOLUTION	2		LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
20MG/5ML			<i>rufinamide tablet 200mg</i>	2	LC; AP
PHENOBARB TABLET 100MG	2		LC 120 cada 30 dia(s)		
PHENOBARB TABLET 15MG	2		<i>rufinamide tablet 400mg</i>	5	LC; AP
PHENOBARB TABLET 16.2MG	2		LC 240 cada 30 dia(s)		
PHENOBARB TABLET 30MG	2		SPRITAM TABLET 1000MG	4	LC; TE
PHENOBARB TABLET 32.4MG	2		LC 90 cada 30 dia(s)		
PHENOBARB TABLET 60MG	2		SPRITAM TABLET 250MG	4	LC; TE
PHENOBARB TABLET 64.8MG	2		LC 90 cada 30 dia(s)		
PHENOBARB TABLET 97.2MG	2		SPRITAM TABLET 500MG	4	LC; TE
<i>phenytoin chw 50mg</i>	2	LC	LC 90 cada 30 dia(s)		
LC 600 cada 30 dia(s)			SPRITAM TABLET 750MG	4	LC; TE
<i>phenytoin suspension 125/5ml</i>	2	LC	LC 90 cada 30 dia(s)		
LC 750 mililitro(s) cada 30 dia(s)			SYMPAZAN MIS 10MG	5	LC; AP
<i>phenytoin ex capsule 100mg</i>	2	LC	LC 60 cada 30 dia(s)		
LC 300 cada 30 dia(s)			SYMPAZAN MIS 20MG	5	LC; AP
<i>phenytoin ex capsule 200mg</i>	2	LC	LC 60 cada 30 dia(s)		
LC 180 cada 30 dia(s)			SYMPAZAN MIS 5MG	5	LC; AP
<i>phenytoin ex capsule 300mg</i>	2	LC	LC 60 cada 30 dia(s)		
LC 120 cada 30 dia(s)			TIAGABINE TABLET 12MG	2	LC
<i>pregabalin capsule 100mg</i>	2		LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pregabalin capsule 150mg</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
TIAGABINE TABLET 16MG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tiagabine tablet 2mg</i> LC 840 cada 30 dia(s)	2	LC
<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)	2	LC
<i>topiramate tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate tablet 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>valproic acid capsule 250mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>valproic acid solution 250/5ml</i> LC 3000 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	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
<i>vigpoder pow 500mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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
XCOPRI PACKET 150-200 LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 150-200 LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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)	2	LC
<i>zonisamide capsule 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zonisamide capsule 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	2	LC
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML LC 1080 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO</b>		
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)</b>		
<i>azel/flutic spr 137-50</i> LC 23 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cromolyn sod neb 20mg/2ml</i>	2	BvsD
<b>MUCOLYTIC AGENTS</b>		
BRONCHITOL CAPSULE 40MG LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PULMOZYME SOLUTION 1MG/ML LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
<b>AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS</b>		
<b>ANTIGOUT AGENTS</b>		
<i>allopurinol tablet 100mg</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>allopurinol tablet 300mg</i>	2	
<i>colchicine capsule 0.6mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>colchicine tablet 0.6mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>febuxostat tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>febuxostat tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS</b>		
ASTAGRAF XL CAPSULE 0.5MG	4	BvsD; TE
ASTAGRAF XL CAPSULE 1MG	4	BvsD; TE
ASTAGRAF XL CAPSULE 5MG	4	BvsD; TE
<i>azathioprine tablet 100mg</i>	2	BvsD
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	2	BvsD
<i>azathioprine tablet 75mg</i>	2	BvsD
BENLYSTA INJECTABLE 200MG/ML	5	AP
BENLYSTA INJECTABLE 200MG/ML	5	AP
<i>cyclosporine capsule 100mg</i>	2	BvsD
<i>cyclosporine capsule 100mg md</i>	2	BvsD
<i>cyclosporine capsule 25mg</i>	2	BvsD
<i>cyclosporine capsule 25mg mod</i>	2	BvsD
<i>cyclosporine capsule 50mg mod</i>	2	BvsD
<i>cyclosporine solution modified</i>	2	BvsD
ENSPRYNG INJECTABLE LC 7 cada 168 dia(s)	5	LC; AP
ENVARUSUS XR TABLET 0.75MG	4	BvsD; TE
ENVARUSUS XR TABLET 1MG	4	BvsD; TE
ENVARUSUS XR TABLET 4MG	4	BvsD; TE
<i>engraf capsule 100mg</i>	2	BvsD
<i>engraf capsule 25mg</i>	2	BvsD
<i>engraf solution 100mg/ml</i>	2	BvsD
LUPKYNIS CAPSULE 7.9MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>mycophenolat capsule 250mg</i>	2	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mycophenolat suspension</i> 200mg/ml	2	BvsD
<i>mycophenolat tablet 500mg</i>	2	BvsD
<i>mycophenolic tablet 180mg dr</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<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>	2	BvsD
<i>tacrolimus capsule 0.5mg</i>	2	BvsD
<i>tacrolimus capsule 1mg</i>	2	BvsD
<i>tacrolimus capsule 5mg</i>	2	BvsD
<b>PROTECTIVE AGENTS</b>		
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
MESNEX TABLET 400MG	5	
<b>ANTIDOTES</b>		
<i>acetylcyst solution 10%</i>	2	BvsD
<i>acetylcyst solution 20%</i>	2	BvsD
<i>leucovor ca tablet 10mg</i>	2	
<i>leucovor ca tablet 15mg</i>	2	
<i>leucovor ca tablet 25mg</i>	2	
<i>leucovor ca tablet 5mg</i>	2	
XURIDEN POW 2GM LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>ALCOHOL DETERRENENTS</b>		
<i>acampro cal tablet 333mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>disulfiram tablet 250mg</i>	2	
<i>disulfiram tablet 500mg</i>	2	
<b>5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS</b>		
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i> LC 30 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>finasteride tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>BONE RESORPTION INHIBITORS</b>		
<i>alendronate tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alendronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>alendronate tablet 70mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>ibandronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	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
<i>risedronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 12 cada 84 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
XGEVA INJECTABLE	5	AP
<b>COMPLEMENT INHIBITORS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
TAVNEOS CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS</b>		
ARCALYST INJECTABLE 220MG <i>betaine anhy pow</i>	5	AP
CYSTAGON CAPSULE 150MG	4	AP
CYSTAGON CAPSULE 50MG	4	AP
<i>dalfampridin tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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 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
MYALEPT INJECTABLE 11.3MG LC 67.80 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nitisinone capsule 10mg</i> LC 600 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
<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
<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>	5	AP
<i>sapropterin pow 500mg</i>	5	AP
<i>sapropterin tablet 100mg</i>	5	AP
TEGSEDI INJECTABLE 284/1.5 LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VOXZOGO INJECTABLE 1.2MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>ANTAGONISTAS DE METAL PESADO</b>		
<b>HEAVY METAL ANTAGONISTS</b>		
CHEMET CAPSULE 100MG	4	
<i>deferasirox gra 180mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>deferasirox gra 360mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>deferasirox gra 90mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>deferasirox tablet 125mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>deferasirox tablet 180mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>deferasirox tablet 250mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>deferasirox tablet 360mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>deferasirox tablet 500mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>deferasirox tablet 90mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>deferiprone tablet 1000mg</i>	5	
<i>deferiprone tablet 500mg</i>	5	
FERRIPROX SOLUTION 100MG/ML LC 2970 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
<i>penicillamin tablet 250mg</i>	5	
<i>trientine capsule 250mg</i>	2	AP
<i>trientine capsule 500mg</i>	2	AP
<b>ANTI-INFECTIVE AGENTS</b>		
<b>ANTIFUNGALS</b>		
<i>amphotericin injectable 50mg</i>	2	AP; IH; NM
<i>amphotericin injectable 50mg</i>	2	AP; IH; NM
<i>caspofungin injectable 50mg</i>	5	AP; 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
<i>caspofungin injectable 70mg</i>	4	AP; IH; NM
<i>fluconazole suspension 10mg/ml</i>	2	NM
<i>fluconazole suspension 40mg/ml</i>	2	NM
<i>fluconazole tablet 100mg</i>	2	NM
<i>fluconazole tablet 150mg</i>	2	NM
<i>fluconazole tablet 200mg</i>	2	NM
<i>fluconazole tablet 50mg</i>	2	NM
<i>fluconazole/ injectable nacl 200</i>	2	IH; NM
<i>fluconazole/ injectable nacl 400</i>	2	IH; NM
<i>flucytosine capsule 250mg</i>	2	NM
<i>flucytosine capsule 500mg</i>	2	NM
<i>griseofulvin suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>griseofulvin tablet micr 500</i>	2	NM
<i>griseofulvin tablet ultr 125</i>	2	NM
<i>griseofulvin tablet ultr 250</i>	2	NM
<i>itraconazole capsule 100mg</i> LC 126 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
ITRACONAZOLE SOLUTION 10MG/ML	2	NM
<i>ketoconazole tablet 200mg</i>	2	NM
<i>micafungin injectable 100mg</i>	2	BvsD
<i>micafungin injectable 50mg</i>	2	BvsD
NOXAFIL PACKET 300MG LC 31 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
<i>nystatin suspension 100000</i>	2	NM
<i>nystatin tablet 500000</i>	2	NM
<i>posaconazole suspension</i> <i>40mg/ml</i>	5	AP; NM
<i>posaconazole tablet 100mg dr</i> LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>terbinafine tablet 250mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
VIVJOA CAPSULE 150MG LC 21 cada 180 dia(s)	4	LC; AP; NM
<i>voriconazole injectable 200mg</i>	2	IH; NM
VORICONAZOLE SUSPENSION 40MG/ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>voriconazole tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>voriconazole tablet 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<b>ANTIVIRALS</b>		
<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>	2	NM
<i>acyclovir suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>acyclovir tablet 400mg</i>	2	NM
<i>acyclovir tablet 800mg</i>	2	NM
<i>acyclovir na injectable</i> <i>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)	2	LC
<i>amantadine solution</i> <i>50mg/5ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amantadine tablet 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	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

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
BIKTARVY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
CIMDUO TABLET 300-300 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
COMPLERA TABLET <i>darunavir tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	NM 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
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>	2	NM
<i>famciclovir tablet 250mg</i>	2	NM
<i>famciclovir tablet 500mg</i>	2	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

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
LAGEVRIO CAPSULE 200MG LC 40 cada 5 dia(s)	4	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
<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 336 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 50mg/5ml</i> 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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</i> <i>6mg/ml</i> LC 525 mililitro(s) cada 180 dia(s)	2	LC; NM
PAXLOVID TABLET 150-100 LC 30 cada 5 dia(s)	3	LC; NM
PAXLOVID TABLET 300-100 LC 30 cada 5 dia(s)	3	LC; NM
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

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
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
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
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
SYM TUZA 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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRIUMEQ TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TRIUMEQ PD TABLET LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TRIZIVIR TABLET LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>valacyclovir tablet 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>valacyclovir tablet 500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>valganciclov solution 50mg/ml</i> LC 90 cada 30 dia(s)	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 LC 30 cada 30 dia(s)	5	NM
VIRACEPT TABLET 625MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	NM
VIREAD POW 40MG/GM LC 30 cada 30 dia(s)	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> LC 30 cada 30 dia(s)	4	NM
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	NM
<i>zidovudine tablet 300mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	NM
<b>ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND</b>		
<b>ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS</b>		
BIVIGAM INJECTABLE 10%	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
GAMMAGARD INJECTABLE 2.5GM/25	5	AP
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
<b>TOXOIDS</b>		
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	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
TDVAX INJECTABLE 2-2 LF	3	
TENIVAC INJECTABLE 5-2LF	3	
<b>VACCINES</b>		
ABRYSVO INJECTABLE	3	
ACTHIB INJECTABLE	3	
AREXVY INJECTABLE 120MCG	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BCG VACCINE INJECTABLE 50MG	3	
BEXSERO INJECTABLE	3	
ENGERIX-B INJECTABLE 10/0.5ML	3	BvsD
ENGERIX-B INJECTABLE 20MCG/ML	3	BvsD
ENGERIX-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	
IPOL INJECTABLE INACTIVE	3	
IXCHIQ INJECTABLE	3	AP
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	
PENBRAYA INJECTABLE	3	
PREHEVBRIO SUSPENSION 10MCG/ML	3	BvsD
PRIORIX INJECTABLE	3	
PROQUAD INJECTABLE	3	
RABAVERT INJECTABLE	3	
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	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
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD
RECOMBIVA-HB INJECTABLE 40MCG/ML	3	BvsD
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX INJECTABLE 50/0.5ML	3	
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	
<b>AUTONOMIC DRUGS</b>		
<b>PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS</b>		
<i>bethanechol tablet 10mg</i>	2	
<i>bethanechol tablet 25mg</i>	2	
<i>bethanechol tablet 50mg</i>	2	
<i>bethanechol tablet 5mg</i>	2	
<i>cevimeline capsule 30mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 10mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 10mg odt</i>	2	
<i>donepezil tablet 23mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 5mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 5mg odt</i>	2	
<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>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>galantamine tablet 4mg</i>	2	
<i>galantamine tablet 8mg</i>	2	
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>	2	
<i>pyridostigmi solution 60mg/5ml</i>	2	
<i>pyridostigmi tablet 30mg</i>	2	
<i>pyridostigmi tablet er 180mg</i>	2	
<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	
<b>SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS</b>		
<i>alfuzosin tablet 10mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dihydroergot spr 4mg/ml</i>	2	AP
<i>dutast/tamsu capsule 0.5-0.4</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	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

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>silodosin capsule 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>silodosin capsule 8mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tamsulosin capsule 0.4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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>	2	
<i>cilostazol tablet 50mg</i>	2	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dabigatran capsule 110mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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
<i>enoxaparin injectable 100mg/ml</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>enoxaparin injectable 120/0.8</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 150mg/ml</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 30/0.3ml</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 40/0.4ml</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 60/0.6ml</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 80/0.8ml</i>	2	
FONDAPARINUX INJECTABLE 10/0.8ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fondaparinux injectable 2.5/0.5</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
FONDAPARINUX INJECTABLE 5/0.4ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
FONDAPARINUX INJECTABLE 7.5/0.6 LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>heparin sod injectable 1000/ml</i>	2	
<i>heparin sod injectable 10000/ml</i>	2	
<i>heparin sod injectable 20000/ml</i>	2	
<i>heparin sod injectable 5000/ml</i>	2	
<i>jantoven tablet 10mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 1mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 2.5mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 2mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 3mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 4mg</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
<i>jantoven tablet 5mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 6mg</i>	3	
<i>jantoven tablet 7.5mg</i>	3	
<i>pentoxifylli tablet 400mg er</i>	2	
<i>prasugrel tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>prasugrel tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	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
TAVALISSE TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAVALISSE TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>warfarin tablet 10mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 1mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 2.5mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 2mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 3mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 4mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 5mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 6mg</i>	2	
<i>warfarin tablet 7.5mg</i>	2	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<b>HEMATOPOIETIC AGENTS</b>		
ARANESP INJECTABLE 100MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 100MCG	5	BvsD
ARANESP INJECTABLE 10MCG	3	BvsD
ARANESP INJECTABLE 150MCG	5	BvsD
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 LC 15 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DOPTELET TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DOPTELET TABLET 20MG LC 10 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EPOGEN INJECTABLE 10000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 2000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 20000/ML	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
EPOGEN INJECTABLE 3000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 4000/ML	4	BvsD
FULPHILA INJECTABLE 6/0.6ML	5	BvsD
FYLNETHA 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 LC 7 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NEULASTA INJECTABLE 6MG/0.6M	5	AP
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
NIVESTYM INJECTABLE 480/0.8	5	BvsD
NYVEPRIA INJECTABLE 6/0.6ML	5	AP
PROMACTA PACKET 25MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PROMACTA POW 12.5MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PROMACTA TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PROMACTA TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PROMACTA TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PROMACTA TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RELEUKO INJECTABLE 300MCG	5	AP
RELEUKO INJECTABLE 480MCG	5	AP
RETACRIT INJECTABLE 10000UNT	3	BvsD
RETACRIT INJECTABLE 20000UNI	3	BvsD
RETACRIT INJECTABLE 2000UNIT	3	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RETACRIT INJECTABLE 3000UNIT	3	BvsD
RETACRIT INJECTABLE 40000UNT	3	BvsD
RETACRIT INJECTABLE 4000UNIT	3	BvsD
STIMUFEND INJECTABLE 6/0.6ML	5	AP
UDENYCA INJECTABLE 6MG/.6ML	5	BvsD
UDENYCA INJECTABLE 6MG/0.6	5	BvsD
ZARXIO INJECTABLE 300/0.5	5	AP
ZARXIO INJECTABLE 480/0.8	5	AP
ZIEXTENZO INJECTABLE 6/0.6ML	5	AP
<b>CARDIOVASCULAR DRUGS</b>		
<b>ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>doxazosin tablet 1mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>doxazosin tablet 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>doxazosin tablet 4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>doxazosin tablet 8mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>prazosin hcl capsule 1mg</i>	2	
<i>prazosin hcl capsule 2mg</i>	2	
<i>prazosin hcl capsule 5mg</i>	2	
<i>terazosin capsule 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>terazosin capsule 1mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>terazosin capsule 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>terazosin capsule 5mg</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
<b>RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS</b>		
ALISKIREN TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
ALISKIREN TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<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 5-6.25mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 10mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 20mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 40mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 5mg</i>	1	
CANDESA/HCTZ TABLET 16-12.5	1	
CANDESA/HCTZ TABLET 32-12.5	1	
CANDESA/HCTZ TABLET 32-25MG	1	
<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 40-25MG	4	TE
<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 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
ENTRESTO TABLET 49-51MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ENTRESTO TABLET 97-103MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>eplerenone tablet 25mg</i>	2	
<i>eplerenone tablet 50mg</i>	2	
<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	
<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 LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
KERENDIA TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<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	

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>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	
<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>	2	
<i>spironolact tablet 100mg</i>	2	
<i>spironolact tablet 25mg</i>	2	
<i>spironolact tablet 50mg</i>	2	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS</b>		
<b>ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS</b>		
<i>amphet/dextr capsule 10mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 15mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
AMPHET/DEXTR CAPSULE 20MG ER	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 25mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
AMPHET/DEXTR CAPSULE 30MG ER	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 5mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 12.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 15mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 20mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 30mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 7.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 150mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 200mg</i>	2	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>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
<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 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule er 35mg</i> 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>dextroamphet tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet tablet 15mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet tablet 30mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet tablet 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lisdexamfeta capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lisdexamfeta capsule 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 70mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
METHYLPHENID CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 10mg</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 20mg</i> <i>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</i> <i>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</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 50MG LC 30 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 60MG	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid capsule 60mg la</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid chw 10mg</i>	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid chw 2.5mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid chw 5mg</i>	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid pad 10mg/9hr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid pad 15mg/9hr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid pad 20mg/9hr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid pad 30mg/9hr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid solution 10mg/5ml</i>	2	LC
LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid solution 5mg/5ml</i>	2	LC
LC 1800 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 10mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 10mg er</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 18mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 18mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 20mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 20mg er</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 27mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 36mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methylphenid tablet 54mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 5mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>methylphenid tablet 72mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>modafinil tablet 100mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>modafinil tablet 200mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
WAKIX TABLET 17.8MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
WAKIX TABLET 4.45MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<b>ANTIPARKINSONIAN AGENTS</b>		
<i>apomorphine injectable</i>	5	AP
<i>30mg/3ml</i>		
<i>benztropine tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>benztropine tablet 1mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>benztropine tablet 2mg</i>	2	
<i>bromocriptin capsule 5mg</i>	2	
<i>bromocriptin tablet 2.5mg</i>	2	
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	2	
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	2	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	2	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	2	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	2	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	2	
CARB/LEVO 50 TABLET	2	
/ENTACAP		
CARB/LEVO 75 TABLET	2	
/ENTACAP		
<i>carb/levo er tablet 25-100mg</i>	2	LC
LC 360 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>carb/levo er tablet 50-200mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	2	LC
CARB/LEVO100 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO125 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO150 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO200 TABLET /ENTACAP	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	2	
<i>entacapone tablet 200mg</i>	2	
NEUPRO DIS 1MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NEUPRO DIS 2MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NEUPRO DIS 3MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NEUPRO DIS 4MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NEUPRO DIS 6MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NEUPRO DIS 8MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.125mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pramipexole tablet 0.25mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pramipexole tablet 0.375 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pramipexole tablet 0.75 er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.75mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pramipexole tablet 1.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pramipexole tablet 1.5mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pramipexole tablet 2.25 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3.75 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 4.5mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>rasagiline tablet 0.5mg</i>	2	
<i>rasagiline tablet 1mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 0.25mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 0.5mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 12mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 1mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 2mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 2mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 3mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 4mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 4mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 5mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 6mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 8mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
RYTARY CAPSULE 145MG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
RYTARY CAPSULE 195MG LC 240 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
RYTARY CAPSULE 245MG LC 300 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
RYTARY CAPSULE 95MG LC 90 cada 30 dia(s)	3	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>	2	
<i>trihexyphen tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>trihexyphen tablet 5mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
ZELAPAR TABLET 1.25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS</b>		
<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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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>	2	
<i>buspirone tablet 15mg</i>	2	
<i>buspirone tablet 30mg</i>	2	
<i>buspirone tablet 5mg</i>	2	
<i>buspirone tablet 7.5mg</i>	2	
<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
<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
<i>diazepam gel 10mg</i>	2	
DIAZEPAM GEL 2.5MG	2	
<i>diazepam gel 20mg</i>	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

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>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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<b>CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS</b>		
<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
<i>guanfacine tablet 1mg er</i>	2	
<i>guanfacine tablet 2mg er</i>	2	
<i>guanfacine tablet 3mg 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
<i>guanfacine tablet 4mg er</i>	2	
MEMANT TITRA PACKET 5-10MG	2	LC
LC 49 cada 28 dia(s)		
<i>memantine tablet hcl 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>memantine tablet hcl 5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>memantine hc capsule 14mg er</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>memantine hc capsule 21mg er</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>memantine hc capsule 28mg er</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>memantine hc capsule 7mg er</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>memantine hc solution 2mg/ml</i>	2	
NOURIANZ TABLET 20MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
NOURIANZ TABLET 40MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
QELBREE CAPSULE 100MG ER	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
QELBREE CAPSULE 150MG ER	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
QELBREE CAPSULE 200MG ER	4	LC; TE
LC 90 cada 30 dia(s)		
RADICAVA ORS SUSPENSION STARTER	5	LC; AP
LC 70 cada 28 dia(s)		
RELYVRIO PACKET 3-1GM	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>riluzole tablet 50mg</i>	2	
SUNOSI TABLET 150MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
SUNOSI TABLET 75MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<b>VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS</b>		
AUSTEDO TABLET 12MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AUSTEDO TABLET 6MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO TABLET 9MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 12MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 24MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 6MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET TITR KIT	5	LC; AP
LC 42 cada 180 dia(s)		
<i>tetrabenazin tablet 12.5mg</i>	2	LC; AP
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>tetrabenazin tablet 25mg</i>	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
<b>ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA CALORIC AGENTS</b>		
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
<i>clinisol sf injectable 15%</i>	2	IH

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
DEXTROSE INJECTABLE 10%	2	IH
DEXTROSE INJECTABLE 5%	2	IH
ISOLYTE-P INJECTABLE /D5W	3	IH
NUTRILIPID EMU 20%	3	IH
<i>plenamine injectable 15%</i>	2	IH
<i>premasol solution 10%</i>	3	IH
PROSOL INJECTABLE 20%	3	IH
TRAVASOL INJECTABLE 10%	3	IH
TROPHAMINE INJECTABLE 10%	3	IH
<b>ION-REMOVING AGENTS</b>		
AURYXIA TABLET 210MG LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>lanthanum chw 1000mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>lanthanum chw 500mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>lanthanum chw 750mg</i> 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
<i>sevelamer tablet 400mg</i>	2	
<i>sevelamer tablet 800mg</i>	2	
<i>sevelamer tablet 800mg</i>	2	
<i>sod poly sul pow</i>	2	
<i>sps suspension 15gm/60</i>	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
<b>URICOSURIC AGENTS</b>		
<i>proben/colch tablet 500-0.5</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>probenecid tablet 500mg</i>	2	
<b>AMMONIA DETOXICANTS</b>		
<i>carglumic tablet 200mg</i>	5	AP
<i>constulose solution 10gm/15</i>	2	
<i>enulose solution 10gm/15</i>	2	
<i>generlac solution 10gm/15</i>	3	
<i>lactulose packet 10gm</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15</i>	2	
<i>phenylbutyra pow sodium</i>	2	
<b>DIURETICS</b>		
<i>amilor/hctz tablet 5-50</i>	2	
AMILORIDE TABLET 5MG	2	
<i>bumetanide tablet 0.5mg</i>	2	
<i>bumetanide tablet 1mg</i>	2	
<i>bumetanide tablet 2mg</i>	2	
<i>chlorthalid tablet 25mg</i>	2	
<i>chlorthalid tablet 50mg</i>	2	
DIURIL SUSPENSION 250/5ML	3	
<i>ethacrynic tablet acd 25mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>furosemide solution 10mg/ml</i>	2	
<i>furosemide solution</i> 40mg/5ml	2	
<i>furosemide tablet 20mg</i>	2	
<i>furosemide tablet 40mg</i>	2	
<i>furosemide tablet 80mg</i>	2	
<i>hydrochlorot capsule 12.5mg</i>	2	
<i>hydrochlorot tablet 12.5mg</i>	2	
<i>hydrochlorot tablet 25mg</i>	2	
<i>hydrochlorot tablet 50mg</i>	2	
<i>indapamide tablet 1.25mg</i>	2	
<i>indapamide tablet 2.5mg</i>	2	
JYNARQUE PACKET 15MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JYNARQUE PACKET 30-15MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JYNARQUE PACKET 45-15MG 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
JYNARQUE PACKET 60-30MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JYNARQUE PACKET 90-30MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JYNARQUE TABLET 15MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JYNARQUE TABLET 30MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>metolazone tablet 10mg</i>	2	
<i>metolazone tablet 2.5mg</i>	2	
<i>metolazone tablet 5mg</i>	2	
<i>tolvaptan tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>tolvaptan tablet 30mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>toremide tablet 100mg</i>	2	
<i>toremide tablet 10mg</i>	2	
<i>toremide tablet 20mg</i>	2	
<i>toremide tablet 5mg</i>	2	
<i>triamt/hctz capsule 37.5-25</i>	2	
<i>triamt/hctz tablet 37.5-25</i>	2	
<i>triamt/hctz tablet 75-50mg</i>	2	
TRIAMTERENE CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
TRIAMTERENE CAPSULE 50MG LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>REPLACEMENT PREPARATIONS</b>		
<i>calc acetate capsule 667mg</i>	2	
D10W/NACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D10W/NACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D2.5W/NACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
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 20MEQ/L	2	IH

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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 0.15/0.2	2	IH
<i>klor-con packet 20meq</i>	2	
KLOR-CON 10 TABLET 10MEQ ER	3	
KLOR-CON 8 TABLET 8MEQ ER	3	
<i>klor-con m10 tablet 10meq er</i>	3	
<i>klor-con m15 tablet 15meq er</i>	4	
<i>klor-con m20 tablet 20meq er</i>	3	
<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>	2	IH
<i>pot chl/nacl injectable 20meq/l</i>	2	IH
<i>pot chl/nacl injectable 40meq/l</i>	2	IH
<i>pot chloride capsule 10meq er</i>	2	
<i>pot chloride capsule 8meq er</i>	2	
POT CHLORIDE INJECTABLE 10MEQ	2	IH
POT CHLORIDE INJECTABLE 20MEQ	2	IH
<i>pot chloride injectable 2meq/ml</i>	2	IH
POT CHLORIDE INJECTABLE 40MEQ	2	IH

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>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>	2	
<i>pot chloride tablet 20meq er</i>	2	
POT CHLORIDE TABLET 8MEQ ER	2	
<i>pot citra er tablet 1080mg</i>	2	
<i>pot citra er tablet 1620mg</i>	2	
<i>pot citra er tablet 540mg</i>	2	
<i>pot cl micro tablet 10meq er</i>	2	
<i>pot cl micro tablet 15meq er</i>	2	
<i>pot cl micro tablet 20meq er</i>	2	
SOD CHLORIDE INJECTABLE 0.45%	2	IH
<i>sod chloride injectable 0.9%</i>	2	IH
SOD CHLORIDE INJECTABLE 3%	2	IH
SOD CHLORIDE INJECTABLE 5%	2	IH
SODIUM CHLOR SOLUTION 0.9% IRR	2	BvsD
TPN ELECTROL INJECTABLE	2	IH
<b>ENZIMAS</b>		
<b>ENZYMES</b>		
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)		
REVCovi INJECTABLE 1.6MG/ML	5	AP
SUCRAID SOLUTION 8500/ML	5	LC; AP; AL
LC 354 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<b>EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIO</b>		
<b>ANTIALLERGIC AGENTS</b>		
ALOMIDE SOLUTION 0.1% OP	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>azelastine dro 0.05%</i>	2	
<i>azelastine spr 0.1%</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BEPOTASTINE DRO 1.5%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>olopatadine spr 0.6%</i>	2	LC; TE
LC 30.50 cada 30 dia(s)		
<b>ANTIGLAUCOMA AGENTS</b>		
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
BETAXOLOL SOLUTION 0.5% OP	2	
BETOPTIC-S SUSPENSION 0.25% OP	4	
<i>bimatoprost solution 0.03%</i>	2	LC
LC 7.50 cada 30 dia(s)		
<i>brimonidine solution 0.2% op</i>	2	
BRINZOLAMIDE SUSPENSION 1%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
COMBIGAN SOLUTION 0.2/0.5%	3	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>	2	
<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	2	
PILOCARPINE SOLUTION 2% OP	2	
PILOCARPINE SOLUTION 4% OP	2	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	4	LC; TE
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
ROCKLATAN DRO LC 5 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SIMBRINZA SUSPENSION 1-0.2% LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>timolol gel solution 0.25% op</i>	2	
<i>timolol gel solution 0.5% op</i>	2	
<i>timolol mal solution 0.25% op</i>	2	
<i>timolol mal solution 0.25% op</i>	2	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	2	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	2	
<i>timolol male solution 0.5%</i>	2	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	TE
XELPROS EMU 0.005% LC 2.50 cada 30 dia(s)	4	LC
<b>ANTI-INFECTIVES</b>		
AZASITE SOLUTION 1% LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>bacit/polymy oin op</i>	2	
<i>bacitracin oin op</i>	2	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6% LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>chlorhex glu solution 0.12%</i>	2	
CILOXAN OIN 0.3% OP LC 17.50 cada 30 dia(s)	4	LC
CIPRO HC SUSPENSION OTIC	3	
<i>cipro/dexa suspension 0.3-0.1%</i>	2	
CIPROFLOXACN SOLUTION 0.2%	2	NM
CIPROFLOXACN SOLUTION 0.3% OP	2	
<i>erythromycin oin 5mg/gm</i>	2	
GATIFLOXACIN SOLUTION 0.5% LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gentamicin solution 0.3% op</i>	2	
<i>levofloxacin solution 0.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin solution hcl 0.5%</i> LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
NATACYN SUSPENSION 5% OP	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	2	
<i>neo/poly/dex suspension 0.1% op</i>	2	
<i>neo/poly/gra solution op</i>	2	
<i>neo/poly/hc solution 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3% op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3%otic</i>	2	
<i>perio gard 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>	2	
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	
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
ARNUITY ELPT INH 100MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
ARNUITY ELPT INH 200MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
ARNUITY ELPT INH 50MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>bromfenac solution 0.09% op</i>	2	
<i>cyclosporine emu 0.05% op</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexameth pho solution 0.1% op</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>diclofenac solution 0.1% op</i>	2	
<i>difluprednat emu 0.05%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
FLAREX SUSPENSION 0.1% OP	4	
<i>flunisolide spr 0.025%</i>	2	LC
LC 50 cada 30 dia(s)		
<i>fluocin acet oil 0.01%</i>	2	
<i>fluoromethol suspension 0.1% op</i>	2	
<i>flurbiprofen solution 0.03% op</i>	2	
FLUTICAS HFA AER 110MCG	3	LC
LC 12 cada 30 dia(s)		
FLUTICAS HFA AER 220MCG	3	LC
LC 24 cada 30 dia(s)		
FLUTICAS HFA AER 44MCG	3	LC
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
FLUTICASONE AER 100MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FLUTICASONE AER 250MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FLUTICASONE AER 50MCG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>fluticasone spr 50mcg</i>	2	LC
LC 16 cada 30 dia(s)		
FML FORTE SUSPENSION 0.25%	4	
OP		
<i>hc/acet acid solution otic</i>	2	
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	
<i>kourzeq pst 0.1%</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)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>loteprednol suspension 0.2%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>loteprednol suspension 0.5%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
MAXIDEX SUSPENSION 0.1%	4	
OP		
<i>mometasone spr 50mcg</i>	2	LC
LC 34 cada 30 dia(s)		
NEVANAC SUSPENSION 0.1%	4	LC
OP		
LC 15 cada 30 dia(s)		
OMNARIS SPR	4	LC; TE
LC 12.50 cada 30 dia(s)		
<i>pred sod pho solution 1% op</i>	2	
PREDNISOLONE SUSPENSION	2	LC
1% OP		
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)		
<b>EENT DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
<i>acetic acid solution 2% otic</i>	2	
APRACLONIDIN SOLUTION	2	
0.5% OP		
CYSTADROPS SOLUTION	5	LC; AP
0.37%		
LC 20 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
CYSTARAN SOLUTION 0.44% LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IOPIDINE SOLUTION 1% OP	4	
<i>ipratropium spr 0.03%</i>	2	
<i>ipratropium spr 0.06%</i>	2	
OXERVATE SOLUTION 20MCG/ML LC 28 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<b>GASTROINTESTINAL DRUGS</b>		
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>alosetron tablet 0.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>alosetron tablet 1mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>balsalazide capsule 750mg</i>	2	
BUDESONIDE TABLET ER 9MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
DIPENTUM CAPSULE 250MG	4	
<i>mesalamine capsule 0.375gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>mesalamine capsule 400mg dr</i>	2	
<i>mesalamine capsule 500mg er</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>mesalamine ene 4gm</i>	2	
<i>mesalamine tablet 1.2gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>mesalamine tablet 800mg dr</i>	2	
PENTASA CAPSULE 250MG CR LC 480 cada 30 dia(s)	4	LC
ROWASA KIT 4GM	4	
<b>GI DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
CHOLBAM CAPSULE 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CHOLBAM CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LINZESS CAPSULE 145MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
LINZESS CAPSULE 290MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LINZESS CAPSULE 72MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>lubiprostone capsule 24mcg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lubiprostone capsule 8mcg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
MOVANTIK TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
MOVANTIK TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
OCALIVA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OCALIVA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 12/0.6ML LC 16.80 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 8/0.4ML LC 22.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
SYMPROIC TABLET 0.2MG	3	
TRULANCE TABLET 3MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<b>HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS</b>		
<b>ADRENALS</b>		
ASMANEX 120 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 110MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 60 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 100 MCG LC 13 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 200 MCG LC 13 cada 30 dia(s)	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
ASMANEX HFA AER 50MCG LC 13 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>budesonide capsule 3mg dr</i>	2	
<i>budesonide suspension 0.25mg/2</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension 0.5mg/2</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension 1mg/2ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>dexamethason solution 0.5/5ml</i>	2	
<i>dexamethason tablet 0.5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 0.75mg</i>	2	
<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	
<i>fludrocort tablet 0.1mg</i>	2	
HEMADY TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>hydrocort tablet 10mg</i>	2	
<i>hydrocort tablet 20mg</i>	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	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PREDNISOLONE TABLET 15MG ODT	2	
PREDNISOLONE TABLET 30MG ODT	2	
<i>prednisone con 5mg/ml</i>	2	
<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>prednisone tablet 10mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 1mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 2.5mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 20mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 50mg</i>	2	
<i>prednisone tablet 5mg</i>	2	
TARPEYO CAPSULE 4MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>ANTIDIABETIC AGENTS</b>		
<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

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
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC; BC
FARXIGA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
FARXIGA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<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 2.5mg</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

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
HUMULIN INJECTABLE 70/30	3	BI
HUMULIN INJECTABLE 70/30KWP	3	BI
HUMULIN N INJECTABLE U-100	3	BI
HUMULIN N INJECTABLE U-100KWP	3	BI
HUMULIN R INJECTABLE U-100	3	BI
HUMULIN R INJECTABLE U-500	3	
HUMULIN R INJECTABLE U-500	3	
INS ASP PROT INJECTABLE FLEXPEN	3	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	3	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE 70/30	3	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE FLEXPEN	3	BI
INSULIN ASPA INJECTABLE PENFILL	3	BI
INSULIN DEGL INJECTABLE 100UNIT LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; 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 GLAR INJECTABLE 100U/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
INSULIN GLAR SOLUTION 100U/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
INSULIN LISP INJECTABLE 100/ML	3	BI
INSULIN LISP INJECTABLE 100/ML	3	BI
INSULIN LISP INJECTABLE JUNIOR	3	BI
INSULIN LISP INJECTABLE PROTAMIN	3	BI
JANUMET TABLET 50-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUMET TABLET 50-500MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 100-1000 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 50-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUMET XR TABLET 50-500MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JANUVIA TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JARDIANCE TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JARDIANCE TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET 2.5-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET 2.5-500 LC 120 cada 30 dia(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET XR LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JENTADUETO TABLET XR LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
LANTUS INJECTABLE 100/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
LANTUS SOLOS INJECTABLE 100/ML LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
LEVEMIR INJECTABLE LC 120 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; BI
LEVEMIR INJECTABLE FLEXPEN LC 120 cada 30 dia(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>mifepristone tablet 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>miglitol tablet 100mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 25mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 50mg</i>	2	BC
MOUNJARO INJECTABLE 10MG/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
MOUNJARO INJECTABLE 12.5/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
MOUNJARO INJECTABLE 15MG/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
MOUNJARO INJECTABLE 2.5/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
MOUNJARO INJECTABLE 5MG/0.5 LC 2 cada 28 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
MOUNJARO INJECTABLE 7.5/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	3	LC; AP
<i>nateglinide tablet 120mg</i>	1	BC
<i>nateglinide tablet 60mg</i>	1	BC
NOVOLIN INJECTABLE 70/30	3	BI
NOVOLIN INJECTABLE 70/30 FP	3	BI
NOVOLIN N INJECTABLE 100 UNIT	3	BI
NOVOLIN N INJECTABLE U-100	3	BI
NOVOLIN R INJECTABLE 100 UNIT	3	BI
NOVOLIN R INJECTABLE U-100	3	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
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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
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
SYNJARDY XR TABLET LC 60 cada 30 dia(s)	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
SYNJARDY XR TABLET 10-1000 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNJARDY XR TABLET 25-1000 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNJARDY XR TABLET 5-1000MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
TOUJEO MAX INJECTABLE 300/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; BI
TOUJEO SOLO INJECTABLE 300/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	
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
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 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<b>ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS</b>		
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diazoxide suspension</i> 50mg/ml	2	
<i>glucagon kit 1mg</i>	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	
<b>THYROID AND ANTITHYROID AGENTS</b>		
EUTHYROX TABLET 100MCG	3	
EUTHYROX TABLET 112MCG	3	
EUTHYROX TABLET 125MCG	3	
EUTHYROX TABLET 137MCG	3	
EUTHYROX TABLET 150MCG	3	
EUTHYROX TABLET 175MCG	3	
EUTHYROX TABLET 200MCG	3	
EUTHYROX TABLET 25MCG	3	
EUTHYROX TABLET 50MCG	3	
EUTHYROX TABLET 75MCG	3	
EUTHYROX TABLET 88MCG	3	
<i>levothyroxin tablet 100mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 112mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 125mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 137mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 150mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 175mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 200mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 25mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 300mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 50mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 75mcg</i>	2	
<i>levothyroxin tablet 88mcg</i>	2	
LEVOXYL TABLET 100MCG	3	
LEVOXYL TABLET 112MCG	3	
LEVOXYL TABLET 125MCG	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
LEVOXYL TABLET 137MCG	3	
LEVOXYL TABLET 150MCG	3	
LEVOXYL TABLET 175MCG	3	
LEVOXYL TABLET 200MCG	3	
LEVOXYL TABLET 25MCG	3	
LEVOXYL TABLET 50MCG	3	
LEVOXYL TABLET 75MCG	3	
LEVOXYL TABLET 88MCG	3	
<i>liothyronine tablet 25mcg</i>	2	
<i>liothyronine tablet 50mcg</i>	2	
<i>liothyronine tablet 5mcg</i>	2	
<i>methimazole tablet 10mg</i>	2	
<i>methimazole tablet 5mg</i>	2	
<i>propylthiour tablet 50mg</i>	2	
SYNTHROID TABLET 100MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 112MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 125MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 137MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 150MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 175MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 200MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 25MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 300MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 50MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 75MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
SYNTHROID TABLET 88MCG	3	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
100MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
112MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
125MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
137MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
13MCG/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
150MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
175MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
200MCG		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
25MCG/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
37.5/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
44MCG/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
50MCG/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
62.5/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
75MCG/ML		
TIROSINT-SOL SOLUTION	3	
88MCG/ML		
UNITHROID TABLET 100MCG	4	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
UNITHROID TABLET 112MCG	4	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
UNITHROID TABLET 125MCG	4	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
UNITHROID TABLET 137MCG	4	LC
LC 90 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
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
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
<b>ANDROGENS</b>		
<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> LC 10 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; BvsD
<i>depo-testost injectable 200mg/ml</i> LC 10 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; BvsD
<i>testost cyp injectable 100mg/ml</i> LC 10 mililitro(s) cada 28 dia(s)	2	LC
<i>testost cyp injectable 200mg/ml</i> LC 10 mililitro(s) cada 28 dia(s)	2	LC
<i>testost enan injectable 200mg/ml</i> LC 10 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone gel 1%(25mg)</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone gel 1%(50mg)</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone gel 1.62%</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>testosterone gel 1.62%</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone gel 1.62%</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone gel 10mg/act</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>testosterone gel pump 1%</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>testosterone solution 30mg/act</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<b>SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS</b>		
GENOTROPIN INJECTABLE 12MG	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

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
OMNITROPE INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 5/1.5ML	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
SOMAVERT INJECTABLE 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMAVERT INJECTABLE 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>CONTRACEPTIVES</b>		
<i>amabelz tablet 0.5-0.1</i>	2	
<i>amethia tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>apri tablet</i>	2	
<i>aranelle tablet</i>	2	
<i>aviane tablet</i>	2	
<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>	2	
<i>deso/ethinyl tablet estradio</i>	2	
<i>deso/ethinyl tablet estradio</i>	2	
<i>dolishale tablet 90-20mcg</i>	2	
<i>drospir/ethi tablet 3-0.03mg</i>	2	
DROSPIRE/ETH TABLET ESTR/LEV	2	
<i>drospirenone tablet ethy est</i>	2	
<i>eluryng mis</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>enilloring mis</i> LC 1 cada 28 dia(s)	3	LC
<i>errin tablet 0.35mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
ETONOGESTREL MIS ETHY EST LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC
<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> LC 1 cada 28 dia(s)	3	LC
<i>heather tablet 0.35mg</i>	2	
<i>iclevia tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>introvale tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>jasmiel tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>jinteli tablet 1mg-5mcg</i>	2	
<i>junel 1.5/30 tablet</i>	2	
<i>junel 1/20 tablet</i>	2	
<i>junel fe tablet 1.5/30</i>	2	
<i>junel fe tablet 1/20</i>	2	
<i>junel fe 24 tablet 1/20</i>	2	
<i>kariva tablet 28 day</i>	2	
<i>kelnor tablet 1/35</i>	2	
<i>kelnor 1/50 tablet</i>	2	
<i>lessina tablet</i>	2	
<i>levo-eth est tablet 90-20mcg</i>	2	
<i>levonest tablet</i>	2	
<i>levonor/ethi tablet</i>	2	
<i>levonor/ethi tablet estradio</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>levonor/ethi tablet estradio</i>	2	
<i>levora-28 tablet 0.15/30</i>	2	
LO LOESTRIN TABLET 1-10-10	4	
<i>loestrin tablet 1/20-21</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
loestrin 21 tablet 1.5/30	4	
loestrin fe tablet 1.5/30	4	
loestrin fe tablet 1/20	4	
loryna tablet 3-0.02mg	2	
lutra tablet	2	
lyleq tablet 0.35mg	2	
marlissa tablet 0.15/30	2	
merzee capsule 1/20	2	
micrgstin 24 tablet fe 1/20	2	
microgestin tablet 1.5/30	2	
microgestin tablet 1/20	2	
microgestin tablet fe 1/20	2	
microgestin tablet fe 1.5/30	2	
mili tablet 0.25/35	2	
mimvey tablet 1-0.5mg	2	
necon tablet 0.5/35	2	
norelge/ethi dis 150/35	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		
noreth/ethin tablet 0.5-2.5	2	
noreth/ethin tablet 1/20	2	
noreth/ethin tablet 1mg-5mcg	2	
noreth/ethin tablet fe	2	
noreth/ethin tablet fe 1/20	2	
norethin ace tablet 5mg	2	
norethindron tablet 0.35mg	2	
norgest/ethi tablet 0.25/35	2	
norgest/ethi tablet estradio	2	
norgest/ethi tablet estradio	2	
nortrel tablet 0.5/35	2	
nortrel tablet 1/35	2	
nortrel tablet 7/7/7	2	
nylia tablet 1/35	2	
nylia tablet 7/7/7	2	
nymyo tablet 0.25-35	2	
portia-28 tablet	2	
prefest tablet	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
reclipsen tablet	2	
SAFYRAL TABLET	4	
SLYND TABLET 4MG	4	TE
sprintec 28 tablet 28 day	2	
sronyx tablet	2	
tarina 24 fe tablet	2	
taysofy capsule 1/20	2	
tilia fe tablet	2	
tri-estaryll tablet	2	
tri-legest tablet fe	2	
tri-lo tablet estaryll	2	
tri-lo- tablet sprintec	2	
tri-nymyo tablet	2	
tri-sprintec tablet	2	
tri-vylibra tablet lo	2	
trivora-28 tablet	2	
turqoz tablet	2	
velivet packet	2	
vestura tablet 3-0.02mg	2	
vienva tablet 0.1-20	2	
vylibra tablet 0.25-35	2	
xulane dis 150-35	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		
zovia 1/35 tablet	2	
<b>PITUITARY</b>		
desmopressin spr 0.01%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
desmopressin tablet 0.1mg	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
desmopressin tablet 0.2mg	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
GENOTROPIN INJECTABLE 0.2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.4MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.6MG	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
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 1MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 2MG	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 5.8MG	5	AP
ZOMACTON INJECTABLE 10MG	5	AP
ZOMACTON INJECTABLE 5MG	4	AP
<b>PROGESTINS</b>		
CRINONE GEL 4% VAG	4	AP
DEPO-SQ PROV INJECTABLE 104	4	LC
LC 1 cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac injectable</i>	2	LC
<i>150mg/ml</i>		
LC 1 mililitro(s) cada 90 dia(s)		
MEDROXYPR AC INJECTABLE	2	LC
150MG/ML		
LC 1 mililitro(s) cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac tablet 10mg</i>	2	
<i>medroxypr ac tablet 2.5mg</i>	2	
<i>medroxypr ac tablet 5mg</i>	2	
<i>megestrol suspension 625mg/5m</i>	2	
<i>megestrol ac suspension</i>	2	
<i>40mg/ml</i>		
<i>megestrol ac tablet 20mg</i>	2	
<i>megestrol ac tablet 40mg</i>	2	
<i>progesterone capsule 100mg</i>	2	
<i>progesterone capsule 200mg</i>	2	
<b>HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES</b>		
<b>ESTROGENS AND ESTROGEN</b>		
<b>AGONISTS-ANTAGONISTS</b>		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>depo-estradi injectable 5mg/ml</i>	4	
<i>dotti dis 0.025mg</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dotti dis 0.0375mg</i>	3	
<i>dotti dis 0.05mg</i>	3	
<i>dotti dis 0.075mg</i>	3	
<i>dotti dis 0.1mg</i>	3	
<i>estradiol cre 0.01%</i>	2	LC
LC 127.50 cada 30 dia(s)		
<i>estradiol dis 0.025mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.025MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	2	
<i>estradiol dis 0.0375mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.05MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.05MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.06MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.075MG	2	
<i>estradiol dis 0.075mg</i>	2	
<i>estradiol dis 0.1mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.1MG	2	
<i>estradiol tablet 0.5mg</i>	2	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>	2	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>estradiol tablet 2mg</i>	2	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>exemestane tablet 25mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
FEMRING MIS 0.05/24H	4	LC; TE
LC 1 cada 90 dia(s)		
FEMRING MIS 0.1MG/24	4	LC; TE
LC 1 cada 90 dia(s)		
IMVEXXY MAIN SUP 10MCG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
IMVEXXY MAIN SUP 4MCG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
IMVEXXY STRT SUP 10MCG	4	LC; TE
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
IMVEXXY STRT SUP 4MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>letrozole tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lyllana dis 0.025mg</i>	3	
<i>lyllana dis 0.0375mg</i>	3	
<i>lyllana dis 0.05mg</i>	3	
<i>lyllana dis 0.075mg</i>	3	
<i>lyllana dis 0.1mg</i>	3	
ORIAHNN CAPSULE LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OSPHENA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
PREMARIN TABLET 0.3MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.45MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.625MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.9MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 1.25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN VAG CRE 0.625MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>raloxifene tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	4	
<i>tamoxifen tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tamoxifen tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>toremifene tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>yuvafem tablet 10mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<b>GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS</b>		
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 dia(s)	5	LC; AP
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	4	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
TRELSTAR MIX INJECTABLE 22.5MG	4	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 3.75MG	4	BvsD
<b>PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS</b>		
<i>calcitonin spr 200/act</i>	2	
<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
TERIPARATIDE INJECTABLE 620/2.48	5	AP
TYMLOS INJECTABLE LC 1.56 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS</b>		
<i>octreotide injectable 1000mcg</i>	5	AP
<i>octreotide injectable 100mcg</i>	2	AP
<i>octreotide injectable 200mcg</i>	2	AP
<i>octreotide injectable 500mcg</i>	5	AP
<i>octreotide injectable 50mcg/ml</i>	2	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
<b>MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
<b>FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES</b>		
<i>cyproheptad syrup 2mg/5ml</i> LC 4500 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cyproheptad tablet 4mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>promethazine solution 6.25/5ml</i>	2	
<i>promethazine sup 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine sup 25mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>promethazine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 25mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 50mg</i>	2	
<i>promethegan sup 25mg</i>	2	
<i>promethegan sup 50mg</i>	2	
<b>SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES</b>		
<i>cetirizine solution 1mg/ml</i> LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
CLARINEX-D TABLET 2.5-120 LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>desloratadin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>levocetirizi solution 2.5/5ml</i>	2	
<i>levocetirizi tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS</b>		
<b>ANTICHOLINERGIC AGENTS</b>		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
ATROVENT HFA AER 17MCG	4	
BEVESPI AER 9-4.8MCG LC 10.70 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BREZTRI AERO AER SPHERE LC 10.70 cada 30 dia(s)	3	LC
COMBIVENT AER 20-100 LC 8 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>dicyclomine capsule 10mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dicyclomine solution 10mg/5ml</i> LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dicyclomine tablet 20mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>diphen/atrop liq 2.5/5</i>	2	
<i>diphen/atrop tablet 2.5mg</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>glycopyrrol tablet 1mg</i>	2	
<i>glycopyrrol tablet 2mg</i>	2	
<i>glycopyrrola solution 1mg/5ml</i>	2	
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>ipratropium solution 0.02%inh</i>	2	BvsD
<i>ipratropium/ solution albuter</i>	2	BvsD
<i>methscopolam tablet 2.5mg</i>	2	
<i>methscopolam tablet 5mg</i>	2	
<i>scopolamine dis 1mg/3day</i> LC 10 cada 28 dia(s)	2	LC
SPIRIVA AER 1.25MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
SPIRIVA CAPSULE HANDIHLR LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
SPIRIVA SPR 2.5MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
STIOLTO AER 2.5-2.5 LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
TRELEGY AER 100MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
TRELEGY AER 200MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<b>SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS</b>		
<i>albuterol aer hfa</i> LC 13.40 cada 30 dia(s)	2	LC
ALBUTEROL AER HFA LC 17 cada 30 dia(s)	2	LC
ALBUTEROL AER HFA LC 36 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>albuterol neb 0.083%</i>	2	BvsD
<i>albuterol neb 0.5%</i>	2	BvsD
<i>albuterol neb 0.63mg/3</i>	2	BvsD
<i>albuterol neb 1.25mg/3</i>	2	BvsD
<i>albuterol syrup 2mg/5ml</i>	2	
<i>albuterol tablet 2mg</i>	2	
<i>albuterol tablet 4mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>arformoterol neb 15/2ml</i> LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
AUVI-Q INJECTABLE 0.15MG LC 2 cada 30 dia(s)	3	LC
AUVI-Q INJECTABLE 0.1MG LC 2 cada 30 dia(s)	3	LC
AUVI-Q INJECTABLE 0.3MG LC 2 cada 30 dia(s)	3	LC
BREO ELLIPTA INH 100-25 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
BREO ELLIPTA INH 200-25 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>breyana aer 160/4.5</i> LC 20.40 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>breyana aer 80/4.5</i> LC 20.40 cada 30 dia(s)	4	LC
BUDES/FORMOT AER 160-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	4	LC
BUDES/FORMOT AER 80-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>droxidopa capsule 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<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	
EPINEPHRINE INJECTABLE 0.3MG	2	
<i>epinephrine injectable 0.3mg</i>	2	
FLUTIC/SALME AER 100/50 LC 60 cada 30 dia(s)	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
FLUTIC/SALME AER 115-21 LC 12 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME AER 230-21 LC 12 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME AER 250/50 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME AER 45-21MCG LC 12 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>flutic/salme aer 500/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME INH 113/14 LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME INH 232/14 LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
FLUTIC/SALME INH 55/14 LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>formoterol neb 20/2ml</i> LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
LEVALBUTEROL AER 45/ACT <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>	2	
<i>midodrine tablet 2.5mg</i>	2	
<i>midodrine tablet 5mg</i>	2	
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
<i>terbutaline tablet 2.5mg</i>	2	
<i>terbutaline tablet 5mg</i>	2	
VENTOLIN HFA AER LC 36 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>wixela inhub aer 100/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>wixela inhub aer 250/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>wixela inhub aer 500/50</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<b>AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS</b>		
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&amp; 1mg</i> LC 106 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>varenicline tablet 0.5mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>varenicline tablet 1mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	2	LC
<b>SKELETAL MUSCLE RELAXANTS</b>		
<i>baclofen tablet 10mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 20mg</i>	2	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	2	
<i>carisoprodol tablet 350mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<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	
SOHONOS CAPSULE 1.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOHONOS CAPSULE 10MG 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
SOHONOS CAPSULE 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOHONOS CAPSULE 2.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOHONOS CAPSULE 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>tizanidine capsule 2mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine capsule 4mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine capsule 6mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine tablet 2mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tizanidine tablet 4mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC

### **MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES**

#### **ANTILIPEMIC AGENTS**

ALTOPREV TABLET 20MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
ALTOPREV TABLET 40MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
ALTOPREV TABLET 60MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>amlod/atorva tablet 10-10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 10-20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 10-40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 10-80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 2.5-10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 2.5-20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 2.5-40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amlod/atorva tablet 5-10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 5-20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 5-40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>amlod/atorva tablet 5-80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>atorvastatin tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>atorvastatin tablet 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>atorvastatin tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>atorvastatin tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>cholestyram pow 4gm</i> LC 720 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cholestyram pow 4gm lite</i> LC 1195 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>colesevelam packet 3.75gm</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>colesevelam tablet 625mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
COLESTIPOL GRA 5GM LC 900 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>colestipol tablet 1gm</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ezetim/simva tablet 10-10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE
<i>ezetim/simva tablet 10-20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE
<i>ezetim/simva tablet 10-40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE
<i>ezetim/simva tablet 10-80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE
<i>ezetimibe tablet 10mg</i> 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>fenofibrate capsule 134mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate capsule 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
FENOFIBRATE CAPSULE 43MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
FENOFIBRATE CAPSULE 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate capsule 67mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate tablet 145mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate tablet 160mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
FENOFIBRATE TABLET 40MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate tablet 48mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibrate tablet 54mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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)	2	LC
<i>icosapent capsule 0.5gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>icosapent capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JUXTAPID CAPSULE 30MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<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)	3	LC; AP
NEXLIZET TABLET 180/10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>niacin tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>niacin er tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>niacin er tablet 750mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>omega-3-acid capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pitavastatin tablet 1mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE; BC
<i>pitavastatin tablet 2mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE; BC
<i>pitavastatin tablet 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC; TE; BC
<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

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 INJECTABLE 140MG/ML	3	LC; AP
LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
REPATHA PUSH INJECTABLE 420/3.5	3	LC; AP
LC 3.50 cada 30 dia(s)		
REPATHA SURE INJECTABLE 140MG/ML	3	LC; AP
LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>rosuvastatin tablet 10mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>rosuvastatin tablet 20mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>rosuvastatin tablet 40mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>rosuvastatin tablet 5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>simvastatin tablet 10mg</i>	1	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>simvastatin tablet 20mg</i>	1	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>simvastatin tablet 40mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>simvastatin tablet 5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>simvastatin tablet 80mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<b>BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS</b>		
<i>acebutolol capsule 200mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>acebutolol capsule 400mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>atenol/chlor tablet 100-25mg</i>	2	
<i>atenol/chlor tablet 50-25mg</i>	2	
<i>atenolol tablet 100mg</i>	2	
<i>atenolol tablet 25mg</i>	2	
<i>atenolol tablet 50mg</i>	2	
<i>betaxolol tablet 10mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>betaxolol tablet 20mg</i>	2	
<i>bisoprl/hctz tablet 10/6.25</i>	2	
<i>bisoprl/hctz tablet 2.5/6.25</i>	2	
<i>bisoprl/hctz tablet 5-6.25mg</i>	2	
<i>bisoprol fum tablet 10mg</i>	2	
<i>bisoprol fum tablet 5mg</i>	2	
<i>carteolol solution 1% op</i>	2	
<i>carvedilol capsule 10mg er</i>	2	
<i>carvedilol capsule 20mg er</i>	2	
<i>carvedilol capsule 40mg er</i>	2	
<i>carvedilol capsule 80mg er</i>	2	
<i>carvedilol tablet 12.5mg</i>	2	
<i>carvedilol tablet 25mg</i>	2	
<i>carvedilol tablet 3.125mg</i>	2	
<i>carvedilol tablet 6.25mg</i>	2	
<i>labetalol tablet 100mg</i>	2	
<i>labetalol tablet 200mg</i>	2	
<i>labetalol tablet 300mg</i>	2	
<i>metoprl/hctz tablet 100-25mg</i>	2	
<i>metoprl/hctz tablet 100-50mg</i>	2	
<i>metoprl/hctz tablet 50-25mg</i>	2	
<i>metoprol suc tablet 100mg er</i>	2	
<i>metoprol suc tablet 200mg er</i>	2	
<i>metoprol suc tablet 25mg er</i>	2	
<i>metoprol suc tablet 50mg er</i>	2	
<i>metoprol tar tablet 100mg</i>	2	
<i>metoprol tar tablet 25mg</i>	2	
<i>metoprol tar tablet 37.5mg</i>	2	
<i>metoprol tar tablet 50mg</i>	2	
<i>metoprol tar tablet 75mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 20mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 40mg</i>	2	
<i>nadolol tablet 80mg</i>	2	
<i>nebivolol tablet 10mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>nebivolol tablet 2.5mg</i>	2	LC
LC 90 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>nebivolol tablet 20mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>nebivolol tablet 5mg</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>pindolol tablet 10mg</i>	2	
<i>pindolol tablet 5mg</i>	2	
<i>propranolol capsule 120mg er</i>	2	
<i>propranolol capsule 160mg er</i>	2	
<i>propranolol capsule 60mg er</i>	2	
<i>propranolol capsule 80mg er</i>	2	
<i>propranolol solution 20mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol solution 40mg/5ml</i>	2	
<i>propranolol tablet 10mg</i>	2	
<i>propranolol tablet 20mg</i>	2	
<i>propranolol tablet 40mg</i>	2	
<i>propranolol tablet 60mg</i>	2	
<i>propranolol tablet 80mg</i>	2	
<i>sorine tablet 120mg</i>	2	
<i>sorine tablet 160mg</i>	2	
<i>sorine tablet 80mg</i>	2	
<i>sotalol af tablet 120mg</i>	2	
<i>sotalol af tablet 160mg</i>	2	
<i>sotalol af tablet 80mg</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 120mg</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 160mg</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 240mg</i>	2	
<i>sotalol hcl tablet 80mg</i>	2	
<i>timolol mal tablet 10mg</i>	2	
<i>timolol mal tablet 20mg</i>	2	
<i>timolol mal tablet 5mg</i>	2	
<b>CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS</b>		
<i>amlod/benazp capsule 10-20mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 10-40mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 2.5-10mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-10mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-20mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-40mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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>	2	
<i>amlodipine tablet 2.5mg</i>	2	
<i>amlodipine tablet 5mg</i>	2	
<i>cartia xt capsule 120/24hr</i>	3	
<i>cartia xt capsule 180/24hr</i>	3	
<i>cartia xt capsule 240/24hr</i>	3	
<i>cartia xt capsule 300/24hr</i>	3	
<i>dilt-xr capsule 120mg</i>	3	
<i>dilt-xr capsule 180mg</i>	3	
<i>dilt-xr capsule 240mg</i>	3	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	2	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	2	
<i>diltiazem capsule 180mg er</i>	2	
<i>diltiazem capsule 240mg er</i>	2	
<i>diltiazem capsule 300mg er</i>	2	
DILTIAZEM CAPSULE 360MG ER	2	
DILTIAZEM CAPSULE 420MG/24	2	
<i>diltiazem capsule 60mg er</i>	2	
<i>diltiazem capsule 90mg er</i>	2	
<i>diltiazem tablet 120mg</i>	2	
<i>diltiazem tablet 120mg er</i>	2	
<i>diltiazem tablet 240mg er</i>	2	
<i>diltiazem tablet 300mg er</i>	2	
<i>diltiazem tablet 30mg</i>	2	
<i>diltiazem tablet 360mg er</i>	2	
<i>diltiazem tablet 60mg</i>	2	
<i>diltiazem tablet 90mg</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>diltiazem er tablet 180mg</i>	2	
<i>diltiazem er tablet 420mg</i>	2	
<i>felodipine tablet 10mg er</i>	2	
<i>felodipine tablet 2.5mg er</i>	2	
<i>felodipine tablet 5mg er</i>	2	
<i>isradipine capsule 2.5mg</i>	2	
<i>isradipine capsule 5mg</i>	2	
<i>matzim la tablet 180mg/24</i>	3	
<i>matzim la tablet 240mg/24</i>	3	
<i>matzim la tablet 300mg/24</i>	3	
<i>matzim la tablet 360mg/24</i>	3	
<i>matzim la tablet 420mg/24</i>	3	
<i>nicardipine capsule 20mg</i>	2	
<i>nicardipine capsule 30mg</i>	2	
<i>nifedipine capsule 10mg</i>	2	
<i>nifedipine capsule 20mg</i>	2	
<i>nifedipine tablet 30mg er</i>	2	
<i>nifedipine tablet 30mg er</i>	2	
<i>nifedipine tablet 60mg er</i>	2	
<i>nifedipine tablet 60mg er</i>	2	
<i>nifedipine tablet 90mg er</i>	2	
<i>nifedipine tablet 90mg er</i>	2	
<i>nimodipine capsule 30mg</i>	2	
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>	3	
<i>taztia xt capsule 180mg/24</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>taztia xt capsule 240mg/24</i>	3	
<i>taztia xt capsule 300mg er</i>	3	
<i>taztia xt capsule 360mg/24</i>	3	
<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>	3	
<i>tiadyt capsule 180mg/24</i>	3	
<i>tiadyt capsule 240mg/24</i>	3	
<i>tiadyt capsule 300mg/24</i>	3	
<i>tiadyt capsule 360mg/24</i>	3	
<i>tiadyt capsule 420mg/24</i>	3	
<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	
<i>trando/verap tablet 4-240 er</i>	1	
VERAPAMIL CAPSULE 100MG	2	
ER		
VERAPAMIL CAPSULE 120MG	2	
SR		
VERAPAMIL CAPSULE 180MG	2	
SR		
VERAPAMIL CAPSULE 200MG	2	
ER		
VERAPAMIL CAPSULE 240MG	2	
SR		
VERAPAMIL CAPSULE 300MG	2	
ER		
VERAPAMIL CAPSULE 360MG	2	
SR		
<i>verapamil tablet 120mg</i>	2	
<i>verapamil tablet 120mg er</i>	2	
<i>verapamil tablet 180mg er</i>	2	
<i>verapamil tablet 240mg er</i>	2	
<i>verapamil tablet 40mg</i>	2	
<i>verapamil tablet 80mg</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
<b>HYPOTENSIVE AGENTS</b>		
<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>	2	
<i>clonidine tablet 0.1mg er</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>clonidine tablet 0.2mg</i>	2	
<i>clonidine tablet 0.3mg</i>	2	
<i>furosemide injectable 100/10ml</i>	2	
<i>hydralazine tablet 100mg</i>	2	
<i>hydralazine tablet 10mg</i>	2	
<i>hydralazine tablet 25mg</i>	2	
<i>hydralazine tablet 50mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 10mg</i>	2	
<i>minoxidil tablet 2.5mg</i>	2	
NYMALIZE SOLUTION	5	LC
LC 1800 cada 30 dia(s)		
<b>VASODILATING AGENTS</b>		
<i>asa/dipyrida capsule 25-200mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTADFI CAPSULE 5-5MG	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>isosorb din tablet 10mg</i>	2	
<i>isosorb din tablet 20mg</i>	2	
<i>isosorb din tablet 30mg</i>	2	
<i>isosorb din tablet 40mg</i>	2	
<i>isosorb din tablet 5mg</i>	2	
<i>isosorb mono tablet 10mg</i>	2	
<i>isosorb mono tablet 120mg er</i>	2	
<i>isosorb mono tablet 20mg</i>	2	
<i>isosorb mono tablet 30mg er</i>	2	
<i>isosorb mono tablet 60mg er</i>	2	
<i>nitro-bid oin 2%</i>	4	
<i>nitroglycer dis 0.1mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycer dis 0.2mg/hr</i>	2	
<i>nitroglycer dis 0.4mg/hr</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>nitroglycer dis 0.6mg/hr</i>	2	
<i>nitroglyceri sub 0.6mg</i>	2	
<i>nitroglycer sub 0.3mg</i>	2	
<i>nitroglycer sub 0.4mg</i>	2	
<i>nitroglycer spr 400mcg</i>	2	
NITROLINGUAL SPR 400MCG	2	
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>	2	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)		
VERQUVO TABLET 5MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<b>CARDIAC DRUGS</b>		
<i>amiodarone tablet 100mg</i>	2	
<i>amiodarone tablet 200mg</i>	2	
<i>amiodarone tablet 400mg</i>	2	
CORLANOR SOLUTION	4	LC; TE
5MG/5ML		
LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
CORLANOR TABLET 5MG	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
CORLANOR TABLET 7.5MG	4	LC; TE
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
DIGOXIN SOLUTION 50MCG/ML	2	
<i>digoxin tablet 0.0625mg</i>	2	
<i>digoxin tablet 0.125mg</i>	2	
<i>digoxin tablet 0.25mg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 125mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 500mcg</i>	2	
<i>flecainide tablet 100mg</i>	2	
<i>flecainide tablet 150mg</i>	2	
<i>flecainide tablet 50mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 150mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 200mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 250mg</i>	2	
MULTAQ TABLET 400MG	4	
NORPACE CAPSULE 100MG CR	4	
NORPACE CAPSULE 150MG CR	4	
<i>pacerone tablet 100mg</i>	3	
<i>pacerone tablet 200mg</i>	3	
<i>pacerone tablet 400mg</i>	3	
<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	
<i>quinidine su tablet 200mg</i>	2	NM
<i>quinidine su tablet 300mg</i>	2	NM
<i>ranolazine tablet 1000mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>ranolazine tablet 500mg er</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VYNDAQEL CAPSULE 20MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
<b>MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)</b>		
<b>ANTIARRHEA AGENTS</b>		
<i>loperamide capsule 2mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XERMELO TABLET 250MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
<b>MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)</b>		
<b>ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS</b>		
<i>bismth/metr/ capsule tetracy</i>	2	NM
<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>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>	2	
<i>famotidine tablet 40mg</i>	2	
<i>lansoprazole capsule 15mg dr</i>	2	
<i>lansoprazole capsule 30mg dr</i>	2	
<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>	2	
<i>omeprazole capsule 20mg</i>	2	
<i>omeprazole capsule 40mg</i>	2	
<i>pantoprazole packet 40mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>pantoprazole tablet 20mg</i>	2	
<i>pantoprazole tablet 40mg</i>	2	
<i>rabeprazole tablet 20mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>sucalfate suspension 1gm/10ml</i>	2	
<i>sucalfate tablet 1gm</i>	2	
<b>CHOLELITHOLYTIC AGENTS</b>		
<i>chenodal tablet 250mg</i>	4	LC
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>ursodiol capsule 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 250mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 500mg</i>	2	
<b>PROKINETIC AGENTS</b>		
<i>metoclopram solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopram tablet 10mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg odt</i>	2	
MOTEGRITY TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
MOTEGRITY TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<b>ANTIEMETICS</b>		
ANZEMET TABLET 50MG LC 7 cada 30 dia(s)	4	LC; BvsD; TE
<i>aprepitant capsule 125mg</i> LC 3 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant capsule 40mg</i> LC 1 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant capsule 80mg</i> LC 6 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant packet 80 &amp; 125</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>dronabinol capsule 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>dronabinol capsule 2.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>dronabinol capsule 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>granisetron tablet 1mg</i>	2	BvsD
<i>meclizine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>meclizine tablet 25mg</i>	2	
<i>ondansetron solution 4mg/5ml</i>	2	BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ondansetron tablet 8mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 8mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
VARUBI TABLET 90MG LC 4 cada 28 dia(s)	4	LC; BvsD
<b>CATHARTICS AND LAXATIVES</b>		
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		
PLENVU SOLUTION	4	TE
RELISTOR TABLET 150MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SODIUM/POTAS SOLUTION	2	
MAGNESIU		
<i>sodium/potas solution</i> <i>magnesium</i>	2	
SUPREP BOWEL SOLUTION	3	
PREP KIT		
<b>DIGESTANTS</b>		
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	

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
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	
ZENPEP CAPSULE 60000UNT	3	

#### MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

##### BONE ANABOLIC AGENTS

EVENITY INJECTABLE 105MG	5	LC; AP
LC 2.40 cada 30 dia(s)		

##### CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS

<i>acetazolamid capsule 500mg er</i>	2	
<i>acetazolamid tablet 125mg</i>	2	
<i>acetazolamid tablet 250mg</i>	2	
KEVEYIS TABLET 50MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		

##### DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS

AMJEVITA INJECTABLE 10/0.2ML	5	LC; AP
LC 0.80 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 20/0.2ML	5	LC; AP
LC 0.80 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 20/0.4ML	5	LC; AP
LC 1.60 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 40/0.4ML	5	LC; AP
LC 3.20 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 40/0.4ML	5	LC; AP
LC 3.20 mililitro(s) cada 28 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AMJEVITA INJECTABLE 40/0.8ML	5	LC; AP
LC 6.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 40/0.8ML	5	LC; AP
LC 6.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
AMJEVITA INJECTABLE 80/0.8ML	5	LC; AP
LC 2.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HADLIMA INJECTABLE 40/0.4ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HADLIMA INJECTABLE 40/0.8ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HADLIMA PUSH INJECTABLE 40/0.4ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HADLIMA PUSH INJECTABLE 40/0.8ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
<i>leflunomide tablet 10mg</i>	2	
<i>leflunomide tablet 20mg</i>	2	
RIDAURA CAPSULE 3MG	5	
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5	5	LC; AP
LC 2 cada 28 dia(s)		
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5	5	LC; AP
LC 2 cada 84 dia(s)		
STELARA INJECTABLE 90MG/ML	5	LC; AP
LC 3 mililitro(s) cada 84 dia(s)		
TALTZ INJECTABLE 80MG/ML	5	LC; AP
LC 3 mililitro(s) cada 28 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
TALTZ INJECTABLE 80MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML LC 300 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
<b>IMMUNOMODULATORY AGENTS</b>		
ACTIMMUNE INJECTABLE 2MU/0.5	5	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 12 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>fingolimod capsule 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
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)	3	LC
<i>teriflunomid tablet 7mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
THALOMID CAPSULE 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
VUMERITY CAPSULE 231MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>NONHORMONAL CONTRACEPTIVES</b>		
<b>NONHORMONAL CONTRACEPTIVES</b>		
PHEXXI GEL	4	
<b>RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO</b>		
<b>GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS</b>		
<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	
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)	2	LC
<i>oxybutynin tablet 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
<i>oxybutynin tablet 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>solifenacin tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>solifenacin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	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)	2	LC
<i>tolterodine tablet 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	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)	2	LC
<b>RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS</b>		
<i>theophylline tablet 300mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 400mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 600mg er</i>	2	
<b>RESPIRATORY TRACT AGENTS</b>		
<b>ANTIFIBROTIC AGENTS</b>		
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)	2	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 534mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pirfenidone tablet 801mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>cromolyn sod con 100/5ml</i>	2	AP
<i>cromolyn sod solution 4% op</i>	2	
FASENRA INJECTABLE 30MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 56 dia(s)	5	LC; AP
FASENRA PEN INJECTABLE 30MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 56 dia(s)	5	LC; AP
<i>montelukast chw 4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>montelukast chw 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>montelukast gra 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>montelukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
XOLAIR INJECTABLE 150MG/ML	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 150MG/ML LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOLAIR INJECTABLE 300/2ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOLAIR INJECTABLE 300/2ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOLAIR INJECTABLE 75/0.5	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 75/0.5 LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOLAIR SOLUTION 150MG	5	AP
<i>zafirlukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zafirlukast tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS</b>		
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 GRA 5.8MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI TABLET 200-125 LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<b>VASODILATING AGENTS</b>		
<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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ORENITRAM TABLET 5MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 1 LC 168 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 2 LC 336 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 3 LC 252 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
TYVASO DPI POW 16-32-48 LC 252 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
<b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS</b>		
<b>ANTI-INFECTIVES</b>		
<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	4	
<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>	2	
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	2	
<i>clindamycin gel 1%</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
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML	2	
<i>clindamycin mis 1%</i>	2	
<i>clindamycin solution 1%</i>	2	
<i>clotrim/beta cre 1-0.05%</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>	2	
<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	
<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%	2	
<i>miconazole 3 sup 200mg</i>	4	
<i>mupirocin cre 2%</i>	2	
<i>mupirocin oin 2%</i>	2	
<i>naftifine cre hcl 2%</i>	2	
<i>nyamyc pow 100000</i>	2	
<i>nystat/triam cre</i>	2	
<i>nystat/triam oin</i>	2	
<i>nystatin cre 100000</i>	2	
<i>nystatin oin 100000</i>	2	
<i>nystatin pow 100000</i>	2	
<i>nystop pow 100000</i>	2	
<i>oxiconazole cre nitrate</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PENCICLOVIR CRE 1%	2	
<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>	2	
<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	
<b>ANTI-INFLAMMATORY AGENTS</b>		
<i>ala-cort cre 2.5%</i>	2	
<i>alclometason cre 0.05%</i>	2	
<i>alclometason oin 0.05%</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	
<i>beta diprop oin 0.05%</i>	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>	2	
BETAMETH VAL CRE 0.1%	2	
BETAMETH VAL LOT 0.1%	2	
BETAMETH VAL OIN 0.1%	2	
<i>calcip/betam suspension</i>	3	
<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>	2	
<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)		

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>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	
<i>diclofenac gel 3%</i>	2	
<i>diclofenac solution 1.5%</i>	2	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>diflorasone cre 0.05%</i>	2	
<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>	2	
<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>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
HC BUTYRATE OIN 0.1%	2	
<i>hc butyrate solution 0.1%</i>	2	
<i>hc valerate oin 0.2%</i>	2	
<i>hydrocort cre 1%</i>	2	
HYDROCORT ENE 100MG	2	
<i>hydrocort lot 2.5%</i>	2	
<i>hydrocort oin 1%</i>	2	
<i>hydrocort oin 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortiso cre 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortiso lot 0.1%</i>	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	
<i>triamcinolon cre 0.025%</i>	2	
<i>triamcinolon cre 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolon cre 0.5%</i>	2	
<i>triamcinolon lot 0.025%</i>	2	
<i>triamcinolon lot 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolon oin 0.025%</i>	2	
<i>triamcinolon oin 0.1%</i>	2	
<i>triamcinolon oin 0.5%</i>	2	
<i>triderm cre 0.5%</i>	2	
<b>KERATOLYTIC AGENTS</b>		
<i>adapal/ben p gel 0.1-2.5%</i>	2	TE
<i>ammonium lac cre 12%</i>	2	
<b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS</b>		
<i>acutane capsule 10mg</i>	2	
<i>acutane capsule 20mg</i>	2	
<i>acutane capsule 40mg</i>	2	
<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)		

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>acitretin capsule 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>adapalene cre 0.1%</i>	2	TE
<i>adapalene gel 0.3%</i>	2	TE
ADBRY INJECTABLE 150MG/ML LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ALTRENO LOT 0.05% LC 45 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>amnesteem capsule 10mg</i>	3	
<i>amnesteem capsule 20mg</i>	3	
<i>amnesteem capsule 40mg</i>	3	
<i>azelaic acid gel 15%</i> LC 50 cada 30 dia(s)	2	LC
AZELEX CRE 20%	4	TE
<i>bexarotene gel 1%</i>	5	AP
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>	3	
<i>claravis capsule 20mg</i>	3	
<i>claravis capsule 30mg</i>	3	
<i>claravis capsule 40mg</i>	3	
<i>dapsone gel 5%</i>	2	TE
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>fluorouracil cre 5%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 2%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 5%</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
HYFTOR GEL 0.2%	5	AP
<i>imiquimod cre 5%</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 10mg</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 20mg</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 30mg</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 40mg</i>	2	
<i>methoxsalen capsule 10mg</i>	5	
PANRETIN GEL 0.1% LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PIMECROLIMUS CRE 1%	2	TE
<i>podofilox solution 0.5%</i>	2	
QBREXZA PAD 2.4% LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>roflumilast tablet 250mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>roflumilast tablet 500mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
SANTYL OIN 250/GM	4	
<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>	2	
<i>tazarotene gel 0.1%</i>	2	
TAZORAC CRE 0.05%	4	TE
<i>tretinoin cre 0.025%</i>	2	
<i>tretinoin cre 0.05%</i>	2	
<i>tretinoin cre 0.1%</i>	2	
<i>tretinoin gel 0.01%</i>	2	
<i>tretinoin gel 0.025%</i>	2	
TRETINOIN GEL 0.04%	2	TE
TRETINOIN GEL 0.05%	2	TE
TRETINOIN GEL 0.1%	2	TE
VALCHLOR GEL 0.016% LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VTAMA CRE 1% LC 60 cada 30 dia(s)	4	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>zenatane capsule 10mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 20mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 30mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 40mg</i>	2	
ZORYVE CRE 0.3% LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ZORYVE MIS 0.3% LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<b>SKIN AND MUCOUS MEMBRANE PREPARATIONS</b>		
<b>ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS</b>		
<i>hc pramoxine cre 1-1%</i>	2	
<i>lido/prilocn cre 2.5-2.5%</i>	2	
<i>lidocaine pad 5%</i>	2	
<i>lidocan pad 5%</i>	2	
<b>SUMINISTROS</b>		
<b>SUPPLIES</b>		
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2 LC 100 cada 30 dia(s)	2	LC
INSULIN PEN NEEDLE LC 200 cada 30 dia(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3ML LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1ML LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2ML LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7ML/ML MEDICATED PAD	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY LC 200 cada 30 dia(s)	2	LC
<b>VITAMINAS</b>		
<b>VITAMIN D</b>		
<i>calcitriol capsule 0.25mcg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>calcitriol capsule 0.5mcg</i>	2	
CALCITRIOL OIN 3MCG/GM	2	
<i>calcitriol solution 1mcg/ml</i>	2	
<i>doxercalcif capsule 0.5mcg</i>	2	
<i>doxercalcif capsule 1mcg</i>	2	
<i>doxercalcif capsule 2.5mcg</i>	2	
<i>paricalcitol capsule 1 mcg</i>	2	
<i>paricalcitol capsule 2 mcg</i>	2	
<i>paricalcitol capsule 4 mcg</i>	2	
<b>VITAMINS</b>		
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 .....	32	ALOG/PIOGLIT .....	55	amphotericin injectable .....	31
abacavir solution .....	32	ALOGLIPTIN .....	55	ampicillin capsule .....	2
abacavir tablet .....	32	ALOGLIPTIN/ .....	56	ampicillin injectable .....	2
ABILIFY .....	14	ALOMIDE .....	51	amp-sulbacta injectable .....	2
abiraterone tablet .....	5	alosetron tablet .....	54	anagrelide capsule .....	38
ABRYSVO .....	36	ALPHAGAN .....	51	anastrozole tablet .....	64
acampro cal tablet .....	29	alprazolam con .....	46	ANORO .....	66
acarbose tablet .....	55	alprazolam tablet .....	46	ANZEMET .....	76
accutane capsule .....	82	ALTOPREV .....	69	apap/codeine tablet .....	21
acebutolol capsule .....	71	ALTRENO .....	83	APLENZIN .....	15
acetazolamid capsule .....	77	ALUNBRIG .....	5,6	apomorphine injectable .....	44
acetazolamid tablet .....	77	amabelz tablet .....	62	APRACLONIDIN .....	53
acetic acid solution .....	53	amantadine capsule .....	32	aprepitant capsule .....	76
acetylcyst solution .....	29	amantadine solution .....	32	aprepitant packet .....	76
acitretin capsule .....	82,83	amantadine tablet .....	32	apri tablet .....	62
ACTHIB .....	36	ambrisentan tablet .....	80	APTIOM .....	24
ACTIMMUNE .....	78	amcinonide oin .....	81	APTIVUS .....	32
acyclovir capsule .....	32	amethia tablet .....	62	aranelle tablet .....	62
acyclovir na injectable .....	32	amikacin injectable .....	2	ARANESP .....	39
acyclovir oin .....	80	amilor/hctz tablet .....	49	ARCALYST .....	30
acyclovir suspension .....	32	AMILORIDE .....	49	AREXVY .....	36
acyclovir tablet .....	32	amiodarone tablet .....	74	arformoterol neb .....	67
ADACEL .....	36	amitriptylin tablet .....	14	ARIKAYCE .....	2
adapal/ben p gel .....	82	AMJEVITA .....	77	aripiprazole solution .....	15
adapalene cre .....	83	amlod/atorva tablet .....	69	aripiprazole tablet .....	15
adapalene gel .....	83	amlod/benazp capsule .....	72	ARISTADA .....	15
ADBRY .....	83	amlod/olmesa tablet .....	72	armodafinil tablet .....	42,43
adefov dipiv tablet .....	32	amlod/valsar tablet .....	72	ARNUITY .....	52
AJOVY .....	13	amlodipine tablet .....	72	asa/dipyrida capsule .....	74
AKEEGA .....	5	ammonium lac cre .....	82	ascomp/cod capsule .....	21
ala-cort cre .....	81	amnesteem capsule .....	83	ASENAPINE .....	15
albendazole tablet .....	1	amox/k clav chw .....	2	asenapine sub .....	15
ALBUTEROL .....	67	amox/k clav suspension .....	2	ASMANEX .....	54,55
albuterol aer hfa .....	67	amox/k clav tablet .....	2	ASTAGRAF .....	29
albuterol neb .....	67	amoxapine tablet .....	14	atazanavir capsule .....	32
albuterol syrup .....	67	amoxicillin capsule .....	2	atenol/chlor tablet .....	71
albuterol tablet .....	67	amoxicillin chw .....	2	atenolol tablet .....	71
alclometason cre .....	81	amoxicillin suspension .....	2	atomoxetine capsule .....	47
alclometason oin .....	81	amoxicillin tablet .....	2	atorvastatin tablet .....	69
ALECENSA .....	5	amox-pot cla tablet er .....	2	atovaq/progu tablet .....	1
alendronate tablet .....	30	amp/sulbacta injectable .....	2	atovaquone suspension .....	1
alfuzosin tablet .....	37	AMPHET/DEXTR .....	42	ATROVENT .....	66
ALISKIREN .....	41	amphet/dextr capsule .....	42	AUGTYRO .....	6
allopurinol tablet .....	28,29	amphet/dextr tablet .....	42	AURYXIA .....	49



## Índice

AUSTEDO .....	48	betameth dip oin .....	81	buprenorphin dis .....	21,22
AUVELITY .....	15	betameth val aer .....	81	buprenorphin sub .....	22
AUVI-Q .....	67	BETAXOLOL .....	51	bupropion tablet .....	15
aviane tablet .....	62	betaxolol tablet .....	71	bupropn hcl tablet .....	15
AYVAKIT .....	6	bethanechol tablet .....	37	buspironone tablet .....	46
AZASITE .....	52	BETOPTIC-S .....	51	but/apap/caf capsule .....	22
azathioprine tablet .....	29	BEVESPI .....	66	but/apap/caf capsule	
azel/flutic spr .....	28	BEXAROTENE .....	6	codeine .....	22
azelaic acid gel .....	83	bexarotene gel .....	83	but/apap/caf tablet .....	22
azelastine dro .....	51	BEXSERO .....	36	but/asa/caf/ capsule	
azelastine spr .....	51	bicalutamide tablet .....	6	codeine .....	22
AZELEX .....	83	BICILLIN .....	2	but/asa/caff capsule .....	22
AZITHROMYCIN .....	2	BIKTARVY .....	32,33	cabergoline tablet .....	44
azithromycin injectable .....	2	bimatoprost solution .....	51	CABLIVI .....	38
azithromycin suspension .....	2	bismth/metr/ capsule		CABOMETYX .....	6
azithromycin tablet .....	2	tetracy .....	75	calc acetate capsule .....	50
aztreonam injectable .....	2	bisoprl/hctz tablet .....	71	calcip/betam suspension .....	81
bacit/polymy oin op .....	52	bisoprol fum tablet .....	71	CALCIPOTRIEN .....	83
bacitracin oin op .....	52	BIVIGAM .....	35	calcipotrien oin .....	83
baclofen tablet .....	68	blisovi fe tablet .....	62	calcipotrien oin betameth .....	81
balsalazide capsule .....	54	BOOSTRIX .....	36	calcipotrien solution .....	83
BALVERSA .....	6	bosentan tablet .....	80	calcitonin spr .....	66
balziva tablet .....	62	BOSULIF .....	6	CALCITRIOL .....	84
BAQSIMI .....	59	BRAFTOVI .....	6	calcitriol capsule .....	84
BARACLUDGE .....	32	BREO .....	67	calcitriol solution .....	84
BAXDELA .....	2	breyna aer .....	67	CALQUENCE .....	6
BCG .....	36	BREZTRI .....	66	camila tablet .....	62
BELSOMRA .....	46	briellyn tablet .....	62	CANDESA/HCTZ .....	41
benazep/hctz tablet .....	41	BRILINTA .....	38	candesartan tablet .....	41
benazepril tablet .....	41	brimonidine solution .....	51	CAPEX .....	81
BENLYSTA .....	29	BRINZOLAMIDE .....	51	CAPLYTA .....	15
BENZNIDAZOLE .....	1	BRIVIACT .....	24	CAPRELSA .....	6
benztropine tablet .....	44	bromfenac solution .....	52	captopril tablet .....	41
BEPOTASTINE .....	51	bromocriptin capsule .....	44	CARB/LEVO .....	44
BESIVANCE .....	52	bromocriptin tablet .....	44	carb/levo er tablet .....	44,45
BESREMI .....	78	BRONCHITOL .....	28	carb/levo tablet .....	44
beta diprop cre .....	81	BRUKINSA .....	6	CARB/LEVO100 .....	45
beta diprop gel .....	81	BUDES/FORMOT .....	67	CARB/LEVO125 .....	45
beta diprop lot .....	81	BUDESONIDE .....	54	CARB/LEVO150 .....	45
beta diprop oin .....	81	budesonide capsule .....	55	CARB/LEVO200 .....	45
betaine anhy pow .....	30	budesonide suspension .....	55	CARBAMAZEPIN .....	24
BETAMETH .....	81	bumetanide tablet .....	49	carbamazepin chw .....	24
betameth dip cre .....	81	bupren/nalox mis .....	21	carbamazepin suspension .....	24
betameth dip lot .....	81	bupren/nalox sub .....	21	carbamazepin tablet .....	24

## Índice

carbidopa tablet .....	45	CIBINQO .....	83	clobetasol sha .....	81
carglumic tablet .....	49	ciclopirox cre .....	80	clobetasol solution .....	81
carisoprodol tablet .....	68	ciclopirox gel .....	80	clobetasol spr .....	81
carteolol solution .....	71	ciclopirox sha .....	80	clomipramine capsule .....	15
cartia xt capsule .....	72	ciclopirox solution .....	80	clonazep odt tablet .....	24
carvedilol capsule .....	71	ciclopirox suspension .....	80	clonazepam tablet .....	24
carvedilol tablet .....	71	cilostazol tablet .....	38	clonidine dis .....	74
caspofungin injectable .....	31,32	CILOXAN .....	52	clonidine tablet .....	74
CAYSTON .....	2	CIMDUO .....	33	clopidogrel tablet .....	38
cefaclor capsule .....	2	cimetidine tablet .....	75	cloraz dipot tablet .....	46
cefaclor er tablet .....	2	cinacalcet tablet .....	66	clotrim/beta cre .....	81
cefadroxil capsule .....	2	CIPRO .....	52	clotrim/beta lot diprop .....	81
cefadroxil suspension .....	2	cipro/dexa suspension .....	52	clotrimazole cre .....	81
cefadroxil tablet .....	2	CIPROFLOXACN .....	52	clotrimazole solution .....	81
cefazolin injectable .....	2	ciprofloxacn injectable .....	3	clotrimazole tro .....	81
cefdinir capsule .....	2	ciprofloxacn tablet .....	3	clozapine tablet .....	15,16
cefdinir suspension .....	3	CITALOPRAM .....	15	COARTEM .....	1
cefepime injectable .....	3	citalopram solution .....	15	colchicine capsule .....	29
cefixime capsule .....	3	citalopram tablet .....	15	colchicine tablet .....	29
cefixime suspension .....	3	claravis capsule .....	83	colesevelam packet .....	69
cefoxitin injectable .....	3	CLARINEX-D .....	66	colesevelam tablet .....	69
cefepodo prox suspension .....	3	clarithromyc suspension .....	3	COLESTIROL .....	69
cefepodoxime tablet .....	3	clarithromyc tablet .....	3	colestipol tablet .....	69
cefprozil suspension .....	3	CLENPIQ .....	76	colistimeth injectable .....	3
cefprozil tablet .....	3	CLEOCIN .....	80	COMBIGAN .....	51
ceftazidime injectable .....	3	clindam/benz gel .....	80	COMBIVENT .....	66
ceftriaxone injectable .....	3	clindamy/ben gel .....	80	COMETRIQ .....	6
cefuroxime injectable .....	3	clindamy/d .....	3	COMPLERA .....	33
cefuroxime tablet .....	3	CLINDAMYCIN .....	80,81	compro sup .....	16
celecoxib capsule .....	22	clindamycin capsule .....	3	constulose solution .....	49
cephalexin capsule .....	3	clindamycin gel .....	80	COPAXONE .....	78
cephalexin suspension .....	3	clindamycin injectable .....	3	COPIKTRA .....	6
cephalexin tablet .....	3	clindamycin mis .....	81	CORLANOR .....	74
cetirizine solution .....	66	clindamycin solution .....	3,81	COTELLIC .....	6
cevimeline capsule .....	37	CLINIMIX .....	48	CREON .....	76
CHEMET .....	31	clinisol sf injectable .....	48	CRINONE .....	64
chenodal tablet .....	75	clobazam suspension .....	24	cromolyn sod con .....	79
chlorhex glu solution .....	52	clobazam tablet .....	24	cromolyn sod neb .....	28
chloroquine tablet .....	1	clobetasol aer .....	81	cromolyn sod solution .....	79
chlorpromaz tablet .....	15	clobetasol cre .....	81	cryselle- .....	62
chlorpromazi con .....	15	clobetasol e cre .....	82	cyclobenzapr tablet .....	68
chlorthalid tablet .....	49	clobetasol gel .....	81	CYCLOPHOSPH .....	6
CHOLBAM .....	54	clobetasol lot .....	81	cyclophosph capsule .....	6
cholestyram pow .....	69	clobetasol oin .....	81	cyclosporine capsule .....	29

## Índice

cyclosporine emu .....	52	desoximetaso spr .....	82	DIP/TET .....	36
cyclosporine solution		DESVENLAFAX .....	16	DIPENTUM .....	54
modified .....	29	desvenlafax tablet .....	16	diphen/atrop liq .....	66
cyproheptad syrup .....	66	dexameth pho solution .....	52	diphen/atrop tablet .....	66
cyproheptad tablet .....	66	dexamethason solution .....	55	disulfiram tablet .....	29
CYSTADROPS .....	53	dexamethason tablet .....	55	DIURIL .....	49
CYSTAGON .....	30	dexmethylph capsule .....	43	divalproex capsule .....	25
CYSTARAN .....	54	dexmethylphe capsule .....	43	divalproex tablet .....	25
D10W/NACL .....	50	dexmethylphe capsule er .....	43	dofetilide capsule .....	75
D2.5W/NACL .....	50	dextroamphet capsule .....	43	dolishale tablet .....	62
D5W/NACL .....	50	dextroamphet tablet .....	43	donepezil tablet .....	37
dabigatran capsule .....	38	DEXTROSE .....	49	DOPTELET .....	39
dalfampridin tablet .....	30	DIACOMIT .....	24,25	dorzol/timol solution .....	51
DALVANCE .....	3	DIAZEPAM .....	46	dorzolamide solution .....	51
danazol capsule .....	61	diazepam con .....	46	dotti dis .....	64
dantrolene capsule .....	68	diazepam gel .....	46	DOVATO .....	33
dapsone gel .....	83	diazepam solution .....	46	doxazosin tablet .....	40
dapsone tablet .....	1	diazepam tablet .....	46	doxepin hcl capsule .....	16
DAPTACEL .....	36	diazoxide suspension .....	59	doxepin hcl con .....	16
daptomycin injectable .....	3	diclofen pot tablet .....	22	doxercalcif capsule .....	84
darifenacin tablet .....	78	diclofenac gel .....	82	doxy .....	4
darunavir tablet .....	33	diclofenac pow .....	22	doxycyc mono capsule .....	4
DAURISMO .....	6	diclofenac solution .....	53,82	doxycyc mono tablet .....	4
deferasirox gra .....	31	diclofenac tablet .....	22	doxycycl hyc capsule .....	4
deferasirox tablet .....	31	dicloxacill capsule .....	3	doxycycl hyc tablet .....	4
deferiprone tablet .....	31	dicyclomine capsule .....	66	doxycycline suspension .....	4
DELSTRIGO .....	33	dicyclomine solution .....	66	doxycycline tablet .....	4
depo-estradi injectable .....	64	dicyclomine tablet .....	66	dronabinol capsule .....	76
DEPO-SQ .....	64	DIFICID .....	3,4	drospir/ethi tablet .....	62
depo-testost injectable .....	61	diflorasone cre .....	82	DROSPIRE/ETH .....	62
DESCOVY .....	33	diflorasone oin .....	82	drospirenone tablet ethy est ....	62
desipramine tablet .....	16	diflunisal tablet .....	22	DROXIA .....	6
desloratadin tablet .....	66	difluprednat emu .....	53	droxidopa capsule .....	67
desmopressin spr .....	63	DIGOXIN .....	75	duloxetine capsule .....	16
desmopressin tablet .....	63	digoxin tablet .....	75	DUPIXENT .....	83
deso/ethinyl tablet estradio ....	62	dihydroergot spr .....	37	dutast/tamsu capsule .....	37
desonide cre .....	82	dilantin capsule .....	25	dutasteride capsule .....	29
desonide gel .....	82	dilantin chw .....	25	econazole cre .....	81
desonide lot .....	82	DILANTIN-125 .....	25	EDARBYCLOR .....	41
desonide oin .....	82	DILTIAZEM .....	72	EDURANT .....	33
DESOXIMETAS .....	82	diltiazem capsule .....	72	efavir/emtri tablet tenofovi .....	33
desoximetas cre .....	82	diltiazem er tablet .....	73	efavir/lamiv tablet tenofovi .....	33
desoximetas gel .....	82	diltiazem tablet .....	72	efavirenz capsule .....	33
desoximetas oin .....	82	dilt-xr capsule .....	72	efavirenz tablet .....	33

## Índice

eletriptan tablet .....	13	erythrom eth suspension .....	4	felbamate suspension .....	25
ELIGARD .....	65	ERYTHROMYCIN .....	4	felbamate tablet .....	25
ELIQUIS .....	38	erythromycin gel .....	81	felodipine tablet .....	73
ELMIRON .....	29	erythromycin oin .....	52	FEMRING .....	64
eluryng mis .....	62	erythromycin solution .....	81	FENOFIBRATE .....	70
EMGALITY .....	13	erythromycin tablet .....	4	fenofibrate capsule .....	70
EMSAM .....	16	escitalopram solution .....	16	fenofibrate tablet .....	70
emtr/ten df tablet .....	33	escitalopram tablet .....	16	fenofibric capsule .....	70
emtr/tenofov tablet .....	33	esomepra mag capsule .....	75	FENOPROFEN .....	22
emtricitabin capsule .....	33	estarylla tablet .....	62	fenoprofen tablet .....	22
EMTRIVA .....	33	estra/noreth tablet .....	62	FENTANYL .....	22
enalapr/hctz tablet .....	41	ESTRADIOL .....	64	FERRIPROX .....	31
enalapril tablet .....	41	estradiol cre .....	64	fesoterodine tablet .....	78
ENDARI .....	30	estradiol dis .....	64	FETZIMA .....	16
ENGERIX-B .....	36	estradiol tablet .....	64	FILSPARI .....	30
enilloring mis .....	62	eszopiclone tablet .....	46,47	FINACEA .....	83
enoxaparin injectable .....	38	ethacrynic tablet acd .....	49	finasteride tablet .....	30
ENSPRYNG .....	29	ethambutol tablet .....	1	fingolimod capsule .....	78
ENSTILAR .....	82	ethosuximide capsule .....	25	FINTEPLA .....	25
entacapone tablet .....	45	ethosuximide solution .....	25	FIRDAPSE .....	30
ENTADFI .....	74	ethy eth est tablet .....	62	FIRMAGON .....	65
entecavir tablet .....	33	ethynodiol tablet .....	62	FIRVANQ .....	4
ENTRESTO .....	41	etodolac capsule .....	22	FLAREX .....	53
enulose solution .....	49	etodolac er tablet .....	22	flavoxate tablet .....	78
ENVARUSUS .....	29	etodolac tablet .....	22	flecainide tablet .....	75
EPIDIOLEX .....	25	ETONOGESTREL .....	62	fluconazole suspension .....	32
EPINEPHRINE .....	67	etravirine tablet .....	33	fluconazole tablet .....	32
epinephrine injectable .....	67	EUCRISA .....	82	fluconazole/ injectable nacl .....	32
epitol tablet .....	25	EUTHYROX .....	59	flucytosine capsule .....	32
eplerenone tablet .....	41	EVENITY .....	77	fludrocort tablet .....	55
EPOGEN .....	39,40	everolimus tablet .....	7	flunisolid spr .....	53
EPRONTIA .....	25	EVOTAZ .....	33	fluocin acet cre .....	82
EQUETRO .....	25	EVRYSDI .....	30	fluocin acet oil .....	53,82
ergoloid mes tablet .....	37	exemestane tablet .....	64	fluocin acet oin .....	82
ERIVEDGE .....	6	EXKIVITY .....	7	fluocin acet solution .....	82
ERLEADA .....	6,7	ezetim/simva tablet .....	69	fluocinonide cre .....	82
erlotinib tablet .....	7	ezetimibe tablet .....	69	fluocinonide cre e .....	82
errin tablet .....	62	famciclovir tablet .....	33	fluocinonide gel .....	82
ertapenem injectable .....	4	famotidine suspension .....	75	fluocinonide oin .....	82
ery pad .....	81	famotidine tablet .....	75	fluocinonide solution .....	82
ery/benzoyl gel .....	81	FANAPT .....	16	fluoromethol suspension .....	53
ERYPED .....	4	FARXIGA .....	56	fluorouracil cre .....	83
ERYTHROCIN .....	4	FASENRA .....	79	fluorouracil solution .....	83
erythrocin tablet .....	4	febuxostat tablet .....	29	fluoxetine capsule .....	17

## Índice

fluoxetine solution .....	17	galantamine tablet .....	37	hailey .....	62
fluoxetine tablet .....	17	GAMMAGARD .....	36	halobetasol cre .....	82
fluphenaz de injectable .....	17	GAMMAKED .....	36	halobetasol oin .....	82
fluphenazine elx .....	17	GAMMAPLEX .....	36	haloette mis .....	62
fluphenazine injectable .....	17	GAMUNEX-C .....	36	haloper dec injectable .....	17
fluphenazine tablet .....	17	GARDASIL .....	36	haloper lac injectable .....	17
flurbiprofen solution .....	53	GATIFLOXACIN .....	52	haloperidol con .....	17
flurbiprofen tablet .....	22	GAUZE .....	84	haloperidol tablet .....	17
FLUTIC/SALME .....	67,68	gavilyte-c solution .....	76	HAVRIX .....	36
flutic/salme aer .....	68	gavilyte-g solution .....	76	HC .....	82
FLUTICAS .....	53	GAVRETO .....	7	hc butyrate cre .....	82
FLUTICASONE .....	53	gefitinib tablet .....	7	hc butyrate solution .....	82
fluticasone cre .....	82	gemfibrozil tablet .....	70	hc pramoxine cre .....	84
fluticasone lot .....	82	GEMTESA .....	78	hc valerate oin .....	82
fluticasone oin .....	82	generlac solution .....	49	hc/acet acid solution otic .....	53
fluticasone spr .....	53	gengraf capsule .....	29	heather tablet .....	62
fluvastatin capsule .....	70	gengraf solution .....	29	HEMADY .....	55
FLUVOXAMINE .....	17	GENOTROPIN .....	61,63,64	heparin sod injectable .....	38
fluvoxamine capsule .....	17	gentam/nacl injectable .....	4	HEPLISAV-B .....	36
FML .....	53	gentamicin cre .....	81	HETLIOZ .....	47
FONDAPARINUX .....	38	gentamicin injectable .....	4	HIBERIX .....	36
fondaparinux injectable .....	38	gentamicin oin .....	81	HUMALOG .....	56
formoterol neb .....	68	gentamicin solution .....	52	HUMATROPE .....	61
fosamprenavi tablet .....	33	GENVOYA .....	33	HUMULIN .....	56
fosfomycin pow .....	1	GILOTRIF .....	7	hydralazine tablet .....	74
fosinop/hctz tablet .....	41	GLEOSTINE .....	7	hydrochlorot capsule .....	49
fosinopril tablet .....	41	glimepiride tablet .....	56	hydrochlorot tablet .....	49
FOTIVDA .....	7	glip/metform tablet .....	56	hydroco/apap tablet .....	22,23
FROVATRIPTAN .....	13	glipizide er tablet .....	56	HYDROCORT .....	82
FRUZAQLA .....	7	glipizide tablet .....	56	hydrocort cre .....	82
FULPHILA .....	40	glucagon kit .....	59	hydrocort lot .....	82
furosemide injectable .....	74	glyb/metform tablet .....	56	hydrocort oin .....	82
furosemide solution .....	49	glycopyrrol tablet .....	67	hydrocort tablet .....	55
furosemide tablet .....	49	glycopyrrola solution .....	67	hydrocortiso cre .....	82
FUZEON .....	33	GLYXAMBI .....	56	hydrocortiso lot .....	82
fyavolv tablet .....	62	granisetron tablet .....	76	hydroxychlor tablet .....	1
FYCOMPA .....	25	GRANIX .....	40	hydroxyurea capsule .....	7
FYLNETRA .....	40	griseofulvin suspension .....	32	hydroxyz hcl tablet .....	47
gabapentin capsule .....	25	griseofulvin tablet micr .....	32	hydroxyz pam capsule .....	47
gabapentin solution .....	25	griseofulvin tablet ultr .....	32	HYFTOR .....	83
gabapentin tablet .....	26	guanfacine tablet .....	47,48	ibandronate tablet .....	30
GALAFOLD .....	30	GVOKE .....	59	IBRANCE .....	7
galantamine capsule .....	37	HADLIMA .....	77	ibu tablet .....	23
galantamine solution .....	37	HAEGARDA .....	30	ibuprofen tablet .....	23

## Índice

icatibant injectable .....	30	isotretinoin capsule .....	83	klor-con packet .....	50
iclevia tablet .....	62	isradipine capsule .....	73	KLOXXADO .....	23
ICLUSIG .....	7,8	ISTURISA .....	30	KOSELUGO .....	8
icosapent capsule .....	70	ITRACONAZOLE .....	32	kourzeq pst .....	53
IDHIFA .....	8	itraconazole capsule .....	32	KRAZATI .....	8
ILEVRO .....	53	ivermectin cre .....	81	KRINTAFEL .....	1
imatinib mes tablet .....	8	ivermectin tablet .....	1	labetalol tablet .....	71
IMBRUVICA .....	8	IWILFIN .....	8	lacosamide solution .....	26
imipenem/cil injectable .....	4	IXCHIQ .....	36	lacosamide tablet .....	26
imipram hcl tablet .....	17	IXIARO .....	36	lactulose packet .....	49
imipram pam capsule .....	17	JAKAFI .....	8	lactulose solution .....	49
imiquimod cre .....	83	jantoven tablet .....	38,39	LAGEVRIO .....	34
IMOVAX .....	36	JANUMET .....	57	LAMICTAL .....	26
IMPAVIDO .....	1	JANUVIA .....	57	lamivud/zido tablet .....	34
IMVEXXY .....	64,65	JARDIANCE .....	57	lamivudine solution .....	34
INCRELEX .....	61	jasmiel tablet .....	62	lamivudine tablet .....	34
INCRUSE .....	67	JAYPIRCA .....	8	lamotrig odt kit .....	26
indapamide tablet .....	49	JENTADUETO .....	57	lamotrig odt tablet .....	26
indomethacin capsule .....	23	jinteli tablet .....	62	lamotrigine chw .....	26
INFANRIX .....	36	JULUCA .....	33	lamotrigine kit odt .....	26
INLYTA .....	8	junel .....	62	lamotrigine kit start .....	26
INQOVI .....	8	junel fe .....	62	lamotrigine tablet .....	26
INREBIC .....	8	junel fe tablet .....	62	LAMPIT .....	1
INS .....	56	JUXTAPID .....	70	lansopr/amox packet	
INSULIN .....	56,57,84	JYNARQUE .....	49,50	/clarith .....	4
INTELENCE .....	33	JYNNEOS .....	36	lansoprazole capsule .....	75
INTRAROSA .....	55	KALYDECO .....	79,80	lanthanum chw .....	49
introvale tablet .....	62	kariva tablet .....	62	LANTUS .....	57
INVEGA .....	17	kcl/d .....	50	lapatinib tablet .....	8
IOPIDINE .....	54	KCL/D5W/LACT .....	50	latanoprost solution .....	51
IPOL .....	36	KCL/D5W/NACL .....	50	LEDIP-SOFOSB .....	34
ipratropium solution .....	67	kelnor .....	62	leflunomide tablet .....	77
ipratropium spr .....	54	kelnor tablet .....	62	lenalidomide capsule .....	8,9
ipratropium/ solution		KERENDIA .....	41	LENVIMA .....	9
albuter .....	67	ketoconazole cre .....	81	lessina tablet .....	62
irbesar/hctz tablet .....	41	ketoconazole sha .....	81	letrozole tablet .....	65
irbesartan tablet .....	41	ketoconazole tablet .....	32	leucovor ca tablet .....	29
ISENTRESS .....	33	KETOROLAC .....	53	LEUKERAN .....	9
ISOLYTE-P .....	49	ketorolac solution .....	53	LEUKINE .....	40
ISOLYTE-S .....	50	KEVEYIS .....	77	LEUPROLIDE .....	65
isoniazid tablet .....	1	KINRIX .....	36	leuprolide injectable .....	65
ISOPROPYL .....	84	KISQALI .....	8	LEVALBUTEROL .....	68
isosorb din tablet .....	74	KLOR-CON .....	50	levallbuterol neb .....	68
isosorb mono tablet .....	74	klor-con m .....	50	LEVEMIR .....	57

## Índice

levetiraceta solution .....	26	loryna tablet .....	63	MEMANT .....	48
levetiraceta tablet .....	26,27	losartan pot tablet .....	41	memantine hc capsule .....	48
levobunolol solution .....	51	losartan/hct tablet .....	41	memantine hc solution .....	48
levocetirizi solution .....	66	LOTEMAX .....	53	memantine tablet hcl .....	48
levocetirizi tablet .....	66	LOTEPREDNOL .....	53	MENACTRA .....	36
levo-eth est tablet .....	62	loteprednol suspension .....	53	MENQUADFI .....	36
levoflox/d .....	4	lovastatin tablet .....	70	MENVEO .....	36
levofloxacin solution .....	52	loxapine capsule .....	18	mercaptapur tablet .....	9
levofloxacin tablet .....	4	lubiprostone capsule .....	54	meropenem injectable .....	4
levonest tablet .....	62	LUCEMYRA .....	68	merzee capsule .....	63
levonor/ethi tablet .....	62	LUMAKRAS .....	9	mesalamine capsule .....	54
levonor/ethi tablet estradio .....	62	LUMIGAN .....	51	mesalamine ene .....	54
levora- .....	62	LUPKYNIS .....	29	mesalamine tablet .....	54
levothyroxin tablet .....	59	LUPR .....	65	MESNEX .....	29
LEVOXYL .....	59,60	LUPRON .....	65	metaxalone tablet .....	68
LEXIVA .....	34	lurasidone tablet .....	18	metformin solution .....	57
lido/prilocn cre .....	84	lutera tablet .....	63	metformin tablet .....	57
lidocaine pad .....	84	LYBALVI .....	18	methazolamid tablet .....	51
lidocan pad .....	84	lyleq tablet .....	63	methenam hip tablet .....	1
linezolid injectable .....	4	lyllana dis .....	65	methimazole tablet .....	60
linezolid suspension .....	4	LYNPARZA .....	9	methocarbam tablet .....	68
linezolid tablet .....	4	LYSODREN .....	9	METHOTREXATE .....	9
LINZESS .....	54	LYTGOBI .....	9	methotrexate injectable .....	9
liothyronine tablet .....	60	MAGNESIUM .....	27	methotrexate tablet .....	9
lisdexanfeta capsule .....	43	magnesium su injectable .....	27	methoxsalen capsule .....	83
lisinop/hctz tablet .....	41	maraviroc tablet .....	34	methscopolam tablet .....	67
lisinopril tablet .....	41	marlissa tablet .....	63	methsuximide capsule .....	27
LITHIUM .....	18	MARPLAN .....	18	METHYLPHENID .....	43,44
lithium carb capsule .....	17,18	MATULANE .....	9	methylphenid capsule .....	43,44
lithium carb tablet .....	18	matzim la tablet .....	73	methylphenid chw .....	44
lithium solution .....	17	MAVYRET .....	34	methylphenid pad .....	44
LIVTENCITY .....	34	MAXIDEX .....	53	methylphenid solution .....	44
LO .....	62	meclizine tablet .....	76	methylphenid tablet .....	44
loestrin .....	63	meclofen sod capsule .....	23	methylpred tablet .....	55
loestrin fe tablet .....	63	MEDROXYPR .....	64	metoclopram solution .....	76
loestrin tablet .....	62	medroxypr ac injectable .....	64	metoclopram tablet .....	76
LOKELMA .....	49	medroxypr ac tablet .....	64	metolazone tablet .....	50
LONSURF .....	9	mefloquine tablet .....	1	metoprl/hctz tablet .....	71
loperamide capsule .....	75	megestrol ac suspension .....	64	metoprol suc tablet .....	71
lopin/riton solution .....	34	megestrol ac tablet .....	64	metoprol tar tablet .....	71
lopin/riton tablet .....	34	megestrol suspension .....	64	METRONIDAZOL .....	81
lorazepam con .....	47	MEKINIST .....	9	metronidazol capsule .....	1
lorazepam tablet .....	47	MEKTOVI .....	9	metronidazol cre .....	81
LORBRENA .....	9	meloxicam tablet .....	23	metronidazol gel .....	81

## Índice

metronidazol injectable .....	1	mycophenolat tablet .....	29	NICOTROL .....	68
metronidazol tablet .....	1	mycophenolic tablet .....	29	nifedipine capsule .....	73
METYROSINE .....	30	MYFEMBREE .....	65	nifedipine tablet .....	73
mexiletine capsule .....	75	MYRBETRIQ .....	78	nilutamide tablet .....	9
micafungin injectable .....	32	nabumetone tablet .....	23	nimodipine capsule .....	73
miconazole .....	81	nadolol tablet .....	71	NINLARO .....	9
micrgstin .....	63	nafcillin injectable .....	4	NISOLDIPINE .....	73
microgestin tablet .....	63	naftifine cre hcl .....	81	nisoldipine tablet .....	73
microgestin tablet fe .....	63	naloxone hcl spr .....	23	nitazoxanide tablet .....	1
midodrine tablet .....	68	naloxone injectable .....	23	nitisinone capsule .....	30,31
mifepristone tablet .....	57	naltrexone tablet .....	24	nitro-bid oin .....	74
miglitol tablet .....	57	NAMZARIC .....	37	nitrofur mac capsule .....	1
mili tablet .....	63	naproxen sod tablet .....	23	nitrofurantn capsule .....	1
mimvey tablet .....	63	naproxen suspension .....	23	nitrofurantn suspension .....	1
minocycline capsule .....	4	naproxen tablet .....	23	nitroglycer dis .....	74
minoxidil tablet .....	74	naratriptan tablet .....	13	nitroglyceri sub .....	74
mirtazapine tablet .....	18	NATACYN .....	52	nitroglycer sub .....	74
misoprostol tablet .....	75	nateglinide tablet .....	58	nitroglycrn spr .....	74
M-M-R .....	36	NAYZILAM .....	47	NITROLINGUAL .....	74
modafinil tablet .....	44	nebivolol tablet .....	71,72	NITYR .....	31
moexipril tablet .....	41	necon tablet .....	63	NIVESTYM .....	40
molindone tablet hcl .....	18	NEEDLES, .....	84	nizatidine capsule .....	75
mometasone cre .....	82	nefazodone tablet .....	18	NORDITROPIN .....	61
mometasone oin .....	82	neo/bac/poly oin op .....	52	norelge/ethi dis .....	63
mometasone solution .....	82	neo/poly/bac oin /hc .....	52	noreth/ethin tablet .....	63
mometasone spr .....	53	NEO/POLY/DEX .....	52	noreth/ethin tablet fe .....	63
montelukast chw .....	79	neo/poly/dex suspension .....	52	norethin ace tablet .....	63
montelukast gra .....	79	neo/poly/gra solution op .....	52	norethindron tablet .....	63
montelukast tablet .....	79	neo/poly/hc solution .....	52	norgest/ethi tablet .....	63
morphine sul tablet .....	23	neo/poly/hc suspension .....	52	norgest/ethi tablet estradio .....	63
MOTEGRITY .....	76	neo/poly/hc suspension op .....	52	NORPACE .....	75
MOUNJARO .....	57,58	neomycin tablet .....	4	nortrel tablet .....	63
MOVANTIK .....	54	NERLYNX .....	9	nortriptylin capsule .....	18
moxifloxacin injectable .....	4	NEULASTA .....	40	nortriptylin solution .....	18
moxifloxacin solution hcl .....	52	NEUPOGEN .....	40	NORVIR .....	34
moxifloxacin tablet .....	4	NEUPRO .....	45	NOURIANZ .....	48
MULPLETA .....	40	NEVANAC .....	53	NOVOLIN .....	58
mult electro injectable ph .....	50	nevirapine suspension .....	34	NOVOLOG .....	58
MULTAQ .....	75	nevirapine tablet .....	34	NOXAFIL .....	32
mupirocin cre .....	81	NEXLETOL .....	70	NUBEQA .....	9
mupirocin oin .....	81	NEXLIZET .....	70	NUPLAZID .....	18
MYALEPT .....	30	niacin er tablet .....	70	NURTEC .....	13
mycophenolat capsule .....	29	niacin tablet .....	70	NUTRILIPID .....	49
mycophenolat suspension .....	29	nicardipine capsule .....	73	NUTROPIN .....	61



## Índice

NUZYRA .....	4	ORLADEYO .....	30	PENTASA .....	54
nyamyc pow .....	81	ORSERDU .....	10	pentoxifylli tablet .....	39
nylia tablet .....	63	oseltamivir capsule .....	34	perindopril tablet .....	42
NYMALIZE .....	74	oseltamivir suspension .....	34	periogard solution .....	52
nymyo tablet .....	63	OSPHENA .....	65	permethrin cre .....	81
nystat/triam cre .....	81	oxcarbazepin suspension .....	27	perphenazine tablet .....	19
nystat/triam oin .....	81	oxcarbazepin tablet .....	27	PERSERIS .....	19
nystatin cre .....	81	OXERVATE .....	54	PERTZYE .....	77
nystatin oin .....	81	oxiconazole cre nitrate .....	81	PHENELZINE .....	19
nystatin pow .....	81	oxybutynin solution .....	78	PHENOBARB .....	27
nystatin suspension .....	32	oxybutynin tablet .....	78,79	phenoxybenza capsule .....	37
nystatin tablet .....	32	oxycod/apap tablet .....	23	phenylbutyra pow sodium .....	49
nystop pow .....	81	pacerone tablet .....	75	phenytoin chw .....	27
NYVEPRIA .....	40	paliperidone tablet er .....	19	phenytoin ex capsule .....	27
OICALIVA .....	54	PALYNZIQ .....	51	phenytoin suspension .....	27
OCTAGAM .....	36	PANCREAZE .....	76,77	PHEXXI .....	78
octreotide injectable .....	66	PANRETIN .....	83	PIFELTRO .....	34
ODEFSEY .....	34	pantoprazole packet .....	75	PILOCARPINE .....	51
ODOMZO .....	9	pantoprazole tablet .....	75	pilocarpine tablet .....	37
OFEV .....	79	paricalcitol capsule .....	84	PIMECROLIMUS .....	83
ofloxacin dro .....	52	paroxetin er tablet .....	19	pimozide tablet .....	19
ofloxacin tablet .....	4,5	paroxetine suspension .....	19	pindolol tablet .....	72
OGSIVEO .....	9	paroxetine tablet .....	19	PIOGLIT/GLIM .....	58
OJJAARA .....	10	PAXIL .....	19	pioglita/met tablet .....	58
olanza/fluox capsule .....	18	PAXLOVID .....	34	pioglitazone tablet .....	58
olanzapine injectable .....	18	pazopanib tablet .....	10	piper/tazoba injectable .....	5
olanzapine tablet .....	18,19	PEDIARIX .....	36	PIQRAY .....	10
olm med/amlo tablet /hctz .....	73	PEDVAX .....	36	pirfenidone capsule .....	79
olm med/hctz tablet .....	41,42	peg- .....	76	pirfenidone tablet .....	79
olmesa medox tablet .....	42	PEG/NASUL/C/ .....	76	piroxicam capsule .....	23
olopatadine spr .....	51	PEG-3350 .....	76	pitavastatin tablet .....	70
omega- .....	70	PEGASYS .....	34	PLASMA-LYTE .....	50
omeprazole capsule .....	75	PEMAZYRE .....	10	plenamine injectable .....	49
OMNARIS .....	53	PEN .....	5	PLENVU .....	76
OMNITROPE .....	62,64	pen g sodium injectable .....	5	podofilox solution .....	83
ondansetron solution .....	76	PENBRAYA .....	36	polymyxin b/ solution	
ondansetron tablet .....	76	PENCICLOVIR .....	81	trimethp .....	1
ONUREG .....	10	penicillamin tablet .....	31	POMALYST .....	10
ORENITRAM .....	80	penicilln gk injectable .....	5	portia- .....	63
ORFADIN .....	31	penicilln vk solution .....	5	posaconazole suspension .....	32
ORGOVYX .....	65	penicilln vk tablet .....	5	posaconazole tablet .....	32
ORIAHNN .....	65	PENTACEL .....	36	POT .....	50,51
ORLISSA .....	65	pentamidine inh .....	1	pot chl/d .....	50
ORKAMBI .....	80	pentamidine injectable .....	1	pot chl/nacl injectable .....	50

## Índice

pot chloride capsule .....	50	progesterone capsule .....	64	RECOMBIVA .....	36,37
pot chloride injectable .....	50	PROLIA .....	30	RECOMBIVA-HB .....	37
pot chloride pow .....	51	PROMACTA .....	40	RECTIV .....	74
pot chloride solution .....	51	promethazine solution .....	66	RELENZA .....	35
pot chloride tablet .....	51	promethazine sup .....	66	RELEUKO .....	40
pot citra er tablet .....	51	promethazine tablet .....	66	RELISTOR .....	54,76
pot cl micro tablet .....	51	promethegan sup .....	66	RELYVRIO .....	48
pramipexole tablet .....	45	propafenone capsule .....	75	repaglinide tablet .....	58
prasugrel tablet .....	39	propafenone tablet .....	75	REPATHA .....	71
pravastatin tablet .....	70	propranolol capsule .....	72	RETACRIT .....	40
praziquantel tablet .....	1	propranolol solution .....	72	RETEVMO .....	10
prazosin hcl capsule .....	40	propranolol tablet .....	72	REVCOVI .....	51
PRED .....	55	propylthiour tablet .....	60	REVLIMID .....	10
pred sod pho solution .....	53	PROQUAD .....	36	REXULTI .....	19
PREDNISOLONE .....	53,55	PROSOL .....	49	REYATAZ .....	35
prednisolone solution .....	55	protriptylin tablet .....	19	REYVOW .....	13
prednisone con .....	55	PULMOZYME .....	28	REZLIDHIA .....	10
prednisone solution .....	55	PURIXAN .....	10	REZUROCK .....	29
prednisone tablet .....	55	pyrazinamide tablet .....	1	RHOPRESSA .....	51
prefest tablet .....	63	pyridostigm tablet .....	37	ribavirin capsule .....	35
pregabalin capsule .....	27	pyridostigmi solution .....	37	ribavirin tablet .....	35
pregabalin solution .....	27	pyridostigmi tablet .....	37	RIDAURA .....	77
PREHEVBRIO .....	36	pyridostigmi tablet er .....	37	RIFABUTIN .....	1
PREMARIN .....	65	PYRUKYND .....	31	rifampin capsule .....	1
premasol solution .....	49	QBREXZA .....	83	rifampin injectable .....	1
PRENATAL .....	84	QELBREE .....	48	riluzole tablet .....	48
PRETOMANID .....	1	QINLOCK .....	10	RISEDRON .....	30
prevalite pow .....	70	QNASL .....	53	risedronate tablet .....	30
PREVYMIS .....	34	QUADRACEL .....	36	RISPERDAL .....	19
PREZCOBIX .....	34	quetiapine tablet .....	19	risperidone solution .....	19
PREZISTA .....	34	quinapril tablet .....	42	risperidone tablet .....	20
PRIFTIN .....	1	quinidine su tablet .....	75	ritonavir tablet .....	35
PRIMAQUINE .....	1	quinine sulf capsule .....	2	RIVASTIGMINE .....	37
primidone tablet .....	27	QULIPTA .....	13	rivastigmine capsule .....	37
PRIORIX .....	36	RABAVERT .....	36	rizatriptan tablet .....	14
PRIVIGEN .....	36	rabeprazole tablet .....	75	ROCKLATAN .....	52
PROAIR .....	68	RADICAVA .....	48	roflumilast tablet .....	83
proben/colch tablet .....	49	raloxifene tablet .....	65	ropinirole tablet .....	45
probenecid tablet .....	49	ramelteon tablet .....	47	rosuvastatin tablet .....	71
prochlorper sup .....	19	ramipril capsule .....	42	ROTARIX .....	37
prochlorper tablet .....	19	ranolazine tablet .....	75	ROTATEQ .....	37
procto-med cre hc .....	82	rasagiline tablet .....	45	ROWASA .....	54
proctosol hc cre .....	82	RASUVO .....	10	ROZLYTREK .....	10,11
proctozone cre -hc .....	82	reclipsen tablet .....	63	RUBRACA .....	11

## Índice

rufinamide suspension .....	27	SODIUM .....	51,84	sumatriptan injectable .....	14
rufinamide tablet .....	27	SODIUM/POTAS .....	76	sumatriptan tablet .....	14
RUKOBIA .....	35	sodium/potas solution		sunitinib capsule .....	11
RYDAPT .....	11	magnesiú .....	76	SUNLENCA .....	35
RYTARY .....	45,46	SOFOS/VELPAT .....	35	SUNOSI .....	48
SAFYRAL .....	63	SOHONOS .....	68,69	SUPREP .....	76
SANDIMMUNE .....	29	solifenacin tablet .....	79	SYMLINPEN .....	58
SANTYL .....	83	SOLQUA .....	58	SYMLNPEN .....	58
sapropterin pow .....	31	SOLTAMOX .....	65	SYMPAZAN .....	27
sapropterin tablet .....	31	SOMAVERT .....	62	SYMPROIC .....	54
SAVAYSA .....	39	sorafenib tablet .....	11	SYMITUZA .....	35
SAVELLA .....	20	sorine tablet .....	72	SYNAREL .....	65
saxa/metfor tablet .....	58	sotalol af tablet .....	72	SYNJARDY .....	58,59
saxagliptin tablet .....	58	sotalol hcl tablet .....	72	SYNTHROID .....	60
SCSEMBLIX .....	11	SPINOSAD .....	81	TABLOID .....	11
scopolamine dis .....	67	SPIRIVA .....	67	TABRECTA .....	11
SECUADO .....	20	spirono/hctz tablet .....	42	tacrolimus capsule .....	29
SEGLUROMET .....	58	spironolact tablet .....	42	tacrolimus oin .....	83
selegiline capsule .....	46	sprintec .....	63	tadalafil tablet .....	74
selegiline tablet .....	46	SPRITAM .....	27	TADLIQ .....	74
SELZENTRY .....	35	SPRYCEL .....	11	TAFINLAR .....	11
SEREVENT .....	68	sps suspension .....	49	TAGRISO .....	11
sertraline con .....	20	sronyx tablet .....	63	TAKHZYRO .....	30
sertraline tablet .....	20	SSD .....	81	TALTZ .....	77,78
sevelamer tablet .....	49	STEGLATRO .....	58	TALZENNA .....	11
SHINGRIX .....	37	STELARA .....	77	tamoxifen tablet .....	65
SIGNIFOR .....	66	STIMUFEND .....	40	tamsulosin capsule .....	38
sildenafil suspension .....	74	STIOLTO .....	67	tarina .....	63
sildenafil tablet .....	74	STIVARGA .....	11	TARPEYO .....	55
silodosin capsule .....	38	streptomycin injectable .....	5	TASIGNA .....	11
SILVER .....	81	STRIBILD .....	35	tasimelteon capsule .....	47
SIMBRINZA .....	52	STRIVERDI .....	68	TAVALISSE .....	39
simvastatin tablet .....	71	SUCRAID .....	51	TAVNEOS .....	30
sirolimus solution .....	29	sucrafate suspension .....	75	taysofy capsule .....	63
sirolimus tablet .....	29	sucrafate tablet .....	75	tazarotene cre .....	83
SIRTURO .....	1	sulf/pred na solution op .....	52	tazarotene gel .....	83
SIVEXTRO .....	5	sulfacet sod oin .....	52	TAZORAC .....	83
SLYND .....	63	sulfacet sod solution .....	52	taztia xt capsule .....	73
smz/tmp ds tablet .....	5	sulfacetamid lot .....	81	TAZVERIK .....	11
smz-tmp suspension .....	5	sulfadiazine tablet .....	5	TDVAX .....	36
smz-tmp tablet .....	5	SULFASALAZIN .....	5	TECFIDERA .....	78
SOD .....	51	sulfasalazin tablet .....	5	TEFLARO .....	5
sod chloride injectable .....	51	sulindac tablet .....	23	TEGSEDI .....	31
sod poly sul pow .....	49	SUMATRIPTAN .....	14	telmis/amlod tablet .....	73

## Índice

telmisa/hctz tablet .....	42	tobramycin solution .....	52	TRIJARDY .....	59
telmisartan tablet .....	42	TOBREX .....	52	tri-legest tablet fe .....	63
temazepam capsule .....	47	tolcapone tablet .....	46	tri-lo tablet estaryll .....	63
TENIVAC .....	36	tolterodine capsule .....	79	tri-lo- tablet sprintec .....	63
tenofovir tablet .....	35	tolterodine tablet .....	79	trimethoprim tablet .....	1
TEPMETKO .....	11	tolvaptan tablet .....	50	trimipramine capsule .....	20
terazosin capsule .....	40	topiramate capsule .....	28	TRINTELLIX .....	20
terbinafine tablet .....	32	topiramate tablet .....	28	tri-nymyo tablet .....	63
terbutaline tablet .....	68	toremifene tablet .....	65	tri-sprintec tablet .....	63
terconazole cre .....	81	torse mide tablet .....	50	TRIUMEQ .....	35
terconazole sup .....	81	TOUJEO .....	59	trivora- .....	63
teriflunomid tablet .....	78	TPN .....	51	tri-vylibra tablet lo .....	63
TERIPARATIDE .....	66	TRADJENTA .....	59	TRIZIVIR .....	35
testost cyp injectable .....	61	tramadl/apap tablet .....	23	TROPHAMINE .....	49
testost enan injectable .....	61	tramadol hcl tablet .....	23	tropium chl capsule .....	79
testosterone gel .....	61	trando/verap tablet .....	73	tropium cl tablet .....	79
testosterone gel pump .....	61	trandolapril tablet .....	42	TRULANCE .....	54
testosterone solution .....	61	TRANEX .....	38	TRULICITY .....	59
tetrabenazin tablet .....	48	tranycyprom tablet .....	20	TRUMENBA .....	37
tetracycline capsule .....	5	TRAVASOL .....	49	TRUQAP .....	12
THALOMID .....	78	trazodone tablet .....	20	TUKYSA .....	12
theophylline tablet .....	79	TRECTOR .....	1	TURALIO .....	12
thioridazine tablet .....	20	TRELEGY .....	67	turqoz tablet .....	63
thiothixene capsule .....	20	TRELSTAR .....	65,66	TWINRIX .....	37
tiadylt capsule .....	73	TRETINOIN .....	83	TYBOST .....	31
TIAGABINE .....	27,28	tretinoin capsule .....	12	TYMLOS .....	66
tiagabine tablet .....	28	tretinoin cre .....	83	TYPHIM .....	37
TIBSOVO .....	12	tretinoin gel .....	83	TYRVAYA .....	53
TICOVAC .....	37	trexall tablet .....	12	TYVASO .....	80
tigecycline injectable .....	5	triamcinolon cre .....	82	UBRELVY .....	14
tilia fe tablet .....	63	triamcinolon lot .....	82	UDENYCA .....	40
timolol gel solution .....	52	triamcinolon oin .....	82	UNITHROID .....	60,61
timolol mal solution .....	52	triamcinolon pst den .....	53	ursodiol capsule .....	76
timolol mal tablet .....	72	triamt/hctz capsule .....	50	ursodiol tablet .....	76
timolol male solution .....	52	triamt/hctz tablet .....	50	UZEDY .....	20,21
tinidazole tablet .....	2	TRIAMTERENE .....	50	valacyclovir tablet .....	35
TIROSINT-SOL .....	60	triazolam tablet .....	47	VALCHLOR .....	83
TIVICAY .....	35	triderm cre .....	82	valganciclov solution .....	35
tizanidine capsule .....	69	trientine capsule .....	31	valganciclov tablet .....	35
tizanidine tablet .....	69	tri-estaryll tablet .....	63	valproic acid capsule .....	28
tobra/dexame suspension .....	52	trifluoperaz tablet .....	20	valproic acid solution .....	28
TOBRADEX .....	52	trifluridine solution .....	52	valsart/hctz tablet .....	42
tobramycin injectable .....	5	trihexyphen solution .....	46	valsartan tablet .....	42
tobramycin neb .....	5	trihexyphen tablet .....	46	VALTOCO .....	47

## Índice

VANCOMYCIN .....	5	VOXZOGO .....	31	zidovudine syrup .....	35
vancomycin capsule .....	5	VRAYLAR .....	21	zidovudine tablet .....	35
vancomycin injectable .....	5	VTAMA .....	83	ZIEXTENZO .....	40
vancomycin solution .....	5	VUMERITY .....	78	ZIMHI .....	24
VANDAZOLE .....	81	vylibra tablet .....	63	ziprasidone capsule .....	21
VANFLYTA .....	12	VYNDAMAX .....	75	ziprasidone injectable .....	21
VAQTA .....	37	VYNDAQEL .....	75	ZIRGAN .....	52
varenicline tablet .....	68	VYZULTA .....	52	ZOLINZA .....	13
VARIVAX .....	37	WAKIX .....	44	zolmitriptan spr .....	14
VARUBI .....	76	warfarin tablet .....	39	zolmitriptan tablet .....	14
velivet packet .....	63	WELIREG .....	12	zolpidem er tablet .....	47
VELPHORO .....	49	wixela inhub aer .....	68	zolpidem tablet .....	47
VELTASSA .....	49	XALKORI .....	12	ZOMACTON .....	64
VEMLIDY .....	35	XARELTO .....	39	ZOMIG .....	14
VENCLEXTA .....	12	XCOPRI .....	28	ZONISADE .....	28
VENLAFAXINE .....	21	XELJANZ .....	78	zonisamide capsule .....	28
venlafaxine capsule .....	21	XELPROS .....	52	ZONTIVITY .....	39
venlafaxine tablet .....	21	XENLETA .....	5	ZORYVE .....	84
VENTOLIN .....	68	XERMELO .....	75	zovia .....	63
VERAPAMIL .....	73	XGEVA .....	30	ZTALMY .....	28
verapamil tablet .....	73	XHANCE .....	53	ZURZUVAE .....	21
VERKAZIA .....	53	XIFAXAN .....	5	ZYDELIG .....	13
VERQUVO .....	74	XIGDUO .....	59	ZYKADIA .....	13
VERSACLOZ .....	21	XIIDRA .....	53	ZYLET .....	52
VERZENIO .....	12	XOFLUZA .....	35	ZYPREXA .....	21
vestura tablet .....	63	XOLAIR .....	79		
vienva tablet .....	63	XOSPATA .....	12		
vigabatrin packet .....	28	XPOVIO .....	12,13		
vigabatrin tablet .....	28	XTANDI .....	13		
vigadrone pow .....	28	xulane dis .....	63		
vigpoder pow .....	28	XURIDEN .....	29		
VIJOICE .....	12	YF-VAX .....	37		
vilazodone tablet .....	21	YONSA .....	13		
VIOKACE .....	77	yuvafem tablet .....	65		
VIRACEPT .....	35	zafirlukast tablet .....	79		
VIREAD .....	35	zaleplon capsule .....	47		
VITRAKVI .....	12	ZARXIO .....	40		
VIVJOA .....	32	ZEJULA .....	13		
VIZIMPRO .....	12	ZELAPAR .....	46		
VONJO .....	12	ZELBORAF .....	13		
VORICONAZOLE .....	32	zenatane capsule .....	84		
voriconazole injectable .....	32	ZENPEP .....	77		
voriconazole tablet .....	32	ZETONNA .....	53		
VOSEVI .....	35	zidovudine capsule .....	35		

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](https://selecthealth.org/medicare)**

**Esta formulario se actualizó el 01 de mayo de 2024.**

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

Utah

**Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007**

Idaho

**Select Health Medicare Enhanced (HMO) 008**

Para consultar un listado completo o si tiene otras preguntas, comuníquese con Select Health 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](https://selecthealth.org/medicare)**.

Select Health 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 24048 Versión 20