



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2024 Formulario Enhanced

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Esta formulario se actualizó el 01 de abril 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.

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 19

© 2024 Select Health. reservados todos los derechos. 2651284 04/24 Y0165_2651284_v19_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 pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-855-442-9900**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

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

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

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

Korean: 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 abril 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 abril 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 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, muéstrésela 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
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
ANTHELMINTICS		
<i>albendazole tablet 200mg</i>	2	AP; NM
<i>ivermectin tablet 3mg</i>	2	NM
<i>praziquantel tablet 600mg</i>	2	NM
URINARY ANTI-INFECTIVES		
<i>fosfomycin pow 3gm</i>	2	NM
<i>methenam hip tablet 1gm</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 100mg</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 25mg</i>	2	NM
<i>nitrofur mac capsule 50mg</i>	2	NM
<i>nitrofurantn capsule 100mg</i>	2	NM
<i>nitrofurantn suspension 25mg/5ml</i>	2	AP; NM
<i>polymyxin b/ solution trimethp</i>	2	
<i>trimethoprim tablet 100mg</i>	2	NM
ANTIMYCOBACTERIALS		
<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
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaq/progu tablet 250-100</i>	2	NM
<i>atovaq/progu tablet 62.5-25</i>	2	NM
<i>atovaquone suspension 750/5ml</i>	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
ANTIBACTERIALS		
<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>cefprozil prox suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil prox suspension 50mg/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 100mg</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 200mg</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 500mg</i>	2	NM
<i>ceftazidime injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 6gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 250mg</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 1.5gm</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 750mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefuroxime tablet 500mg</i>	2	NM
<i>cephalexin capsule 250mg</i>	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 LC 122 cada 14 dia(s)</i>	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>penicilln gk injectable 20mu</i>	2	IH; NM
<i>penicilln vk solution 125/5ml</i>	2	NM
<i>penicilln vk solution 250/5ml</i>	2	NM
<i>penicilln vk tablet 250mg</i>	2	NM
<i>penicilln 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
AGENTES ANTINEOPLASTICOS		
ANTINEOPLASTIC AGENTS		
<i>abiraterone tablet 250mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>abiraterone tablet 500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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	
EMCYT CAPSULE 140MG LC 420 cada 30 dia(s)	3	LC
ERIVEDGE CAPSULE 150MG 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 240MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ERLEADA TABLET 60MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>erlotinib tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FRUZAQLA CAPSULE 1MG LC 84 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
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

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 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JAKAFI TABLET 15MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

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 20mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 25mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 5mg</i> LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LYNPARZA TABLET 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYSODREN TABLET 500MG	3	
LYTGOBI TABLET 4MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LYTGOBI TABLET 4MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

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
OGSIVEO TABLET 50MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RASUVO INJECTABLE 10MG LC 0.80 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 12.5MG LC 1 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 15MG LC 1.20 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 17.5MG LC 1.40 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
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

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 CAPSULE 200MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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 120 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 60 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
ZEJULA CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZELBORAF TABLET 240MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZOLINZA CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYDELIG TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYDELIG TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYKADIA TABLET 150MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANTIMIGRAINE AGENTS		
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
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
<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
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
ABILIFY ASIM INJECTABLE 720MG LC 2.40 cada 56 dia(s)	5	LC
ABILIFY ASIM INJECTABLE 960MG LC 3.20 cada 56 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
<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 28 dia(s)	5	LC
ARISTADA INJECTABLE 441MG/1. LC 1.60 cada 28 dia(s)	5	LC
ARISTADA INJECTABLE 662MG/2 LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC
ARISTADA INJECTABLE 882MG/3 LC 3.20 cada 28 dia(s)	5	LC
ARISTADA INJECTABLE INITIO LC 2.40 cada 28 dia(s)	5	LC
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 inyectable 25mg/ml</i>	2	BvsD
<i>fluphenazine elx 2.5/5ml</i>	2	
<i>fluphenazine inyectable 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 inyectable 100mg/ml</i>	2	
<i>haloper dec inyectable 500/5ml</i>	2	
<i>haloper dec inyectable 50mg/ml</i>	2	
<i>haloper lac inyectable 5mg/ml</i>	2	
<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
1092MG		
LC 3.50 cada 180 dia(s)		
INVEGA HAFYE INJECTABLE	5	LC
1560MG		
LC 5 cada 180 dia(s)		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
117/0.75		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
156MG/ML		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
234/1.5		
INVEGA SUST INJECTABLE	4	
39/0.25		
INVEGA SUST INJECTABLE	5	
78/0.5ML		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
273MG		
LC 0.8750 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
410MG		
LC 1.3150 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
546MG		
LC 1.75 cada 90 dia(s)		
INVEGA TRINZ INJECTABLE	5	LC
819MG		
LC 2.6250 cada 90 dia(s)		
<i>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	
RISPERDAL INJECTABLE 25MG	5	
RISPERDAL INJECTABLE 37.5MG	5	
RISPERDAL INJECTABLE 50MG	5	
<i>risperidone solution 1mg/ml</i> LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	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
UZEDY INJECTABLE 125MG LC 0.35 cada 28 dia(s)	5	LC
UZEDY INJECTABLE 150MG LC 0.42 cada 28 dia(s)	5	LC
UZEDY INJECTABLE 200MG LC 0.56 cada 28 dia(s)	5	LC
UZEDY INJECTABLE 250MG LC 0.70 cada 28 dia(s)	5	LC

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
UZEDY INJECTABLE 50MG LC 0.14 cada 28 dia(s)	5	LC
UZEDY INJECTABLE 75MG LC 0.21 cada 28 dia(s)	5	LC
<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	
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
ANALGESICS AND ANTIPIRETTICS		
<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)		
OPIATE ANTAGONISTS		
KLOXXADO SPR 8MG	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)		
ANTICONVULSANTS		
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 28 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 150-200 LC 56 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
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
<i>azel/flutic spr 137-50</i> LC 23 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cromolyn sod neb 20mg/2ml</i>	2	BvsD
MUCOLYTIC AGENTS		
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
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ANTIGOUT AGENTS		
<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
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS		
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
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
MESNEX TABLET 400MG	5	
ANTIDOTES		
<i>acetylcyst solution 10%</i>	2	BvsD
<i>acetylcyst solution 20%</i>	2	BvsD
<i>leucovor ca tablet 10mg</i>	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
ALCOHOL DETERRENENTS		
<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	
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
<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
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<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 12 cada 84 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>risedronate tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
XGEVA INJECTABLE	5	AP
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA INJECTABLE 2000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HAEGARDA INJECTABLE 3000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>icatibant injectable 30mg/3ml</i> LC 18 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLADEYO CAPSULE 110MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
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
ANTAGONISTAS DE METAL PESADO		
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
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
ANTI-INFECTIVE AGENTS		
ANTIFUNGALS		
<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
<i>caspofungin injectable 70mg</i>	4	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>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>miconazole injectable 100mg</i>	2	BvsD
<i>miconazole 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> 40mg/ml	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
ANTIVIRALS		
<i>abaca/lamivu tablet 600-300m</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	NM
<i>abacavir tablet 300mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	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> 50mg/ml	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> 50mg/5ml 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
SITAVIG TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOFOS/VELPAT TABLET 400-100 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
STRIBILD TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
SUNLENCA TABLET 300MG LC 4 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
SUNLENCA TABLET 300MG LC 5 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TIVICAY PD TABLET 5MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC
TRIUMEQ TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TRIUMEQ PD TABLET LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
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	5	NM
VIRACEPT TABLET 625MG	5	NM
VIREAD POW 40MG/GM	5	NM
VIREAD TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VIREAD TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VIREAD TABLET 250MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VOSEVI TABLET LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOFLUZA TABLET 40MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
XOFLUZA TABLET 80MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	4	NM
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	4	NM
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	4	NM

ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM INJECTABLE 10%	5	AP
------------------------	---	----

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
TOXOIDS		
ADACEL INJECTABLE	3	
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
DAPTACEL INJECTABLE	3	
DIP/TET PED INJECTABLE 25-5LFU	2	
INFANRIX INJECTABLE	3	
KINRIX INJECTABLE	3	
PEDIARIX INJECTABLE 0.5ML	3	
PENTACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
TDVAX INJECTABLE 2-2 LF	3	
TENIVAC INJECTABLE 5-2LF	3	
VACCINES		
ABRYSVO INJECTABLE	3	
ACTHIB INJECTABLE	3	
AREXVY INJECTABLE 120MCG	3	

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	
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
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	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 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	
AUTONOMIC DRUGS		
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS		
<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	
<i>galantamine tablet 4mg</i>	2	
<i>galantamine tablet 8mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NAMZARIC CAPSULE LC 28 cada 180 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 14-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 21-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 28-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
NAMZARIC CAPSULE 7-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pilocarpine tablet 5mg</i>	2	
<i>pilocarpine tablet 7.5mg</i>	2	
<i>pyridostigm tablet 60mg</i>	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	
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
<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
<i>silodosin capsule 4mg</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>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 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	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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	
PRADAXA CAPSULE 110MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>prasugrel tablet 10mg</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>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
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
HEMATOPOIETIC AGENTS		
ARANESP INJECTABLE 100MCG	5	BvsD

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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 10 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DOPTELET TABLET 20MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
DOPTELET TABLET 20MG LC 15 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
EPOGEN INJECTABLE 3000/ML	4	BvsD
EPOGEN INJECTABLE 4000/ML	4	BvsD
FULPHILA INJECTABLE 6/0.6ML	5	BvsD
FYLNETRA INJECTABLE 6MG/0.6	5	AP
GRANIX INJECTABLE 300/0.5	5	BvsD

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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
CARDIOVASCULAR DRUGS		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<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
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
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	

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>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	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 49-51MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 97-103MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>eplerenone tablet 25mg</i>	2	
<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	

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

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS

ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS

<i>amphet/dextr capsule 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>amphet/dextr capsule 25mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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>methylphenid pad 15mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid pad 20mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid pad 30mg/9hr</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>methylphenid solution 10mg/5ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid solution 5mg/5ml</i> LC 1800 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 10mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 10mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 18mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 18mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 20mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 20mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 27mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 36mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 54mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 72mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
WAKIX TABLET 17.8MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
WAKIX TABLET 4.45MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>apomorphine injectable 30mg/3ml</i>	5	AP
<i>benztropine tablet 0.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>benztropine tablet 1mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<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> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<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 /ENTACAP	2	
CARB/LEVO 75 TABLET /ENTACAP	2	
<i>carb/levo er tablet 25-100mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	2	LC
<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	

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>entacapone tablet 200mg</i>	2	
NEUPRO DIS 1MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
NEUPRO DIS 2MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
NEUPRO DIS 3MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
NEUPRO DIS 4MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
NEUPRO DIS 6MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
NEUPRO DIS 8MG/24HR	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.125mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.25mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.375 er</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.75 er</i>	2	LC; TE
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 0.75mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 1.5mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 1.5mg er</i>	2	LC; TE
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 1mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 2.25 er</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 3.75 er</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>pramipexole tablet 3mg er</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pramipexole tablet 4.5mg er</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<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>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>ropinirole tablet 1mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 2mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 2mg er</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>ropinirole tablet 3mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 4mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 4mg er</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>ropinirole tablet 5mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 6mg er</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>ropinirole tablet 8mg er</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
RYTARY CAPSULE 145MG	3	LC; TE
LC 90 cada 30 dia(s)		
RYTARY CAPSULE 195MG	3	LC; TE
LC 240 cada 30 dia(s)		
RYTARY CAPSULE 245MG	3	LC; TE
LC 300 cada 30 dia(s)		
RYTARY CAPSULE 95MG	3	LC; TE
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>selegiline capsule 5mg</i>	2	
<i>selegiline tablet 5mg</i>	2	
<i>tolcapone tablet 100mg</i>	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>trihexyphen solution</i>	2	
<i>0.4mg/ml</i>		
<i>trihexyphen tablet 2mg</i>	2	LC
LC 150 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>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
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam con 1mg/ml</i> LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.25 odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.25mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.5mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.5mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 0.5mg od</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 1mg odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 2mg odt</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>alprazolam tablet 3mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
BELSOMRA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BELSOMRA TABLET 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
BELSOMRA TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BELSOMRA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>bupirone tablet 10mg</i>	2	
<i>bupirone tablet 15mg</i>	2	
<i>bupirone tablet 30mg</i>	2	
<i>bupirone tablet 5mg</i>	2	
<i>bupirone 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
<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

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>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>	2	LC
LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>lorazepam tablet 0.5mg</i>	2	LC
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>lorazepam tablet 1mg</i>	2	LC
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>lorazepam tablet 2mg</i>	2	LC
LC 150 cada 30 dia(s)		
NAYZILAM SPR 5MG	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
<i>ramelteon tablet 8mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>tasimelteon capsule 20mg</i>	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>temazepam capsule 15mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>temazepam capsule 30mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>triazolam tablet 0.125mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>triazolam tablet 0.25mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
VALTOCO SPR 10MG	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
VALTOCO SPR 15MG	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
VALTOCO SPR 20MG	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
VALTOCO SPR 5MG	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
<i>zaleplon capsule 10mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>zaleplon capsule 5mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>zolpidem tablet 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>zolpidem tablet 5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>zolpidem er tablet 12.5mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>zolpidem er tablet 6.25mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>atomoxetine capsule 100mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 10mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 18mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 25mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 40mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 60mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>atomoxetine capsule 80mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>guanfacine tablet 1mg er</i>	2	
<i>guanfacine tablet 2mg er</i>	2	
<i>guanfacine tablet 3mg er</i>	2	
<i>guanfacine tablet 4mg er</i>	2	
MEMANT TITRA PACKET	2	LC
5-10MG		
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)		

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>memantine hc capsule 14mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>memantine hc capsule 21mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>memantine hc capsule 28mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>memantine hc capsule 7mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>memantine hc solution 2mg/ml</i> NOURIANZ TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	2 5	LC; AP
NOURIANZ TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
QELBREE CAPSULE 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 150MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 200MG ER LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
RADICAVA ORS SUSPENSION STARTER LC 70 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
RELYVRIO PACKET 3-1GM LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>riluzole tablet 50mg</i> SUNOSI TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	2 4	LC; TE
SUNOSI TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO TABLET 12MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO TABLET 6MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO TABLET 9MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AUSTEDO XR TABLET 12MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET 24MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET 6MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AUSTEDO XR TABLET TITR KIT LC 42 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
<i>tetrabenazin tablet 12.5mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>tetrabenazin tablet 25mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA CALORIC AGENTS		
CLINIMIX INJECTABLE 4.25/D10	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 4.25/D5W	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 5%/D15W	3	IH
CLINIMIX INJECTABLE 5%/D20W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 2.75/D5W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 4.25/D10	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 4.25/D5W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 5%/D15W	3	IH
CLINIMIX E INJECTABLE 5%/D20W	3	IH
<i>clinisol sf injectable 15%</i>	2	IH
DEXTROSE INJECTABLE 10%	2	IH
DEXTROSE INJECTABLE 5%	2	IH
ISOLYTE-P INJECTABLE /D5W	3	IH
NUTRILIPID EMU 20%	3	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>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
ION-REMOVING AGENTS		
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
URICOSURIC AGENTS		
<i>proben/colch tablet 500-0.5</i>	2	
<i>probenecid tablet 500mg</i>	2	
AMMONIA DETOXICANTS		
<i>carglumic tablet 200mg</i>	5	AP
<i>constulose solution 10gm/15</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
DIURETICS		
<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
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

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 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
REPLACEMENT PREPARATIONS		
<i>calc acetate capsule 667mg</i>	2	
D10W/NAACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D10W/NAACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D2.5W/NAACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D5W/NAACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D5W/NAACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D5W/NAACL INJECTABLE 0.9%	2	IH
ISOLYTE-S INJECTABLE PH 7.4	3	IH
KCL/D5W/LACT INJECTABLE 20MEQ/L	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
KCL/D5W/NAACL 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
<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	

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 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
SOD CHLORIDE INJECTABLE 0.9%	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
ENZIMAS		
ENZYMES		
PALYNZIQ INJECTABLE 10/0.5ML	5	LC; AP
LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
PALYNZIQ INJECTABLE 2.5/0.5	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
PALYNZIQ INJECTABLE 20MG/ML	5	LC; AP
LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
REVCovi INJECTABLE 1.6MG/ML	5	AP
SUCRAID SOLUTION 8500/ML	5	LC; AP; AL
LC 354 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT) PREPARATIO		
ANTIALLERGIC AGENTS		
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)		
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)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIGLAUCOMA AGENTS		
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1%	3	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
BETAXOLOL SOLUTION 0.5%	2	
OP		
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%	2	
OP		
PILOCARPINE SOLUTION 2%	2	
OP		
PILOCARPINE SOLUTION 4%	2	
OP		
RHOPRESSA SOLUTION 0.02%	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
ROCKLATAN DRO	4	LC; TE
LC 5 cada 30 dia(s)		
SIMBRINZA SUSPENSION 1-0.2%	3	LC
LC 16 cada 30 dia(s)		

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>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%	4	LC
LC 2.50 cada 30 dia(s)		
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE SOLUTION 1%	4	LC
LC 10 cada 30 dia(s)		
<i>bacit/polymy oin op</i>	2	
<i>bacitracin oin op</i>	2	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>chlorhex glu solution 0.12%</i>	2	
CILOXAN OIN 0.3% OP	4	LC
LC 17.50 cada 30 dia(s)		
CIPRO HC SUSPENSION OTIC	3	
<i>cipro/dexa suspension 0.3-0.1%</i>	2	
CIPROFLOXACN SOLUTION 0.2%	2	NM
<i>ciprofloxacn solution 0.3% op</i>	2	
<i>erythromycin oin 5mg/gm</i>	2	
GATIFLOXACIN SOLUTION 0.5%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>gentamicin solution 0.3% op</i>	2	
<i>levofloxacin solution 0.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin solution hcl 0.5%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
NATACYN SUSPENSION 5% OP	4	
<i>neo/bac/poly oin op</i>	2	
<i>neo/poly/bac oin /hc 1%op</i>	2	
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	2	
<i>neo/poly/dex suspension 0.1%</i>	2	
<i>op</i>		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>neo/poly/gra solution op</i>	2	
<i>neo/poly/hc solution 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension 1%</i>	2	
<i>otic</i>		
<i>neo/poly/hc suspension op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3% op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3%otic</i>	2	
<i>perigard 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</i>	2	
<i>0.3-0.1%</i>		
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	4	
TOBRADEX ST SUSPENSION	4	
0.3-0.05		
<i>tobramycin solution 0.3% op</i>	2	
TOBEX OIN 0.3% OP	4	
<i>trifluridine solution 1% op</i>	2	
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
ZYLET SUSPENSION 0.5-0.3%	4	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ALREX SUSPENSION 0.2%	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 100MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 200MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ARNUITY ELPT INH 50MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>bromfenac solution 0.09% op</i>	2	
<i>cyclosporine emu 0.05% op</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>dexameth pho solution 0.1%</i>	2	
<i>op</i>		
<i>diclofenac solution 0.1% op</i>	2	
<i>difluprednat emu 0.05%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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% OP	4	
<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)		
LOTEPREDNOL SUSPENSION 0.5%	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
MAXIDEX SUSPENSION 0.1% OP	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>mometasone spr 50mcg</i>	2	LC
LC 34 cada 30 dia(s)		
NEVANAC SUSPENSION 0.1% OP	4	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
OMNARIS SPR	4	LC; TE
LC 12.50 cada 30 dia(s)		
<i>pred sod pho solution 1% op</i>	2	
PREDNISOLONE SUSPENSION 1% OP	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
QNASL AER 80MCG	4	LC; TE
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
QNASL CHILD SPR 40MCG	4	LC; TE
LC 10.60 cada 30 dia(s)		
<i>triamcinolon pst den 0.1%</i>	2	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG	3	LC
LC 8.40 cada 30 dia(s)		
VERKAZIA EMU 0.1% OP	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
XHANCE MIS 93MCG	4	AP
XIIDRA DRO 5%	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ZETONNA AER 37MCG	4	LC; TE
LC 6.10 cada 30 dia(s)		
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid solution 2% otic</i>	2	
APRACLONIDIN SOLUTION 0.5% OP	2	
CYSTADROPS SOLUTION 0.37%	5	LC; AP
LC 20 cada 30 dia(s)		
CYSTARAN SOLUTION 0.44%	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
IOPIDINE SOLUTION 1% OP	4	
<i>ipratropium spr 0.03%</i>	2	
<i>ipratropium spr 0.06%</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
OXERVATE SOLUTION 20MCG/ML	5	LC; AP
LC 28 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
GASTROINTESTINAL DRUGS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>alosetron tablet 0.5mg</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>alosetron tablet 1mg</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>balsalazide capsule 750mg</i>	2	
BUDESONIDE TABLET ER 9MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
DIPENTUM CAPSULE 250MG	4	
<i>mesalamine capsule 0.375gm</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine capsule 400mg dr</i>	2	
<i>mesalamine capsule 500mg er</i>	2	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine ene 4gm</i>	2	
<i>mesalamine tablet 1.2gm</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>mesalamine tablet 800mg dr</i>	2	
PENTASA CAPSULE 250MG CR	4	LC
LC 480 cada 30 dia(s)		
ROWASA KIT 4GM	4	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM CAPSULE 250MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
CHOLBAM CAPSULE 50MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
LINZESS CAPSULE 145MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
LINZESS CAPSULE 290MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
LINZESS CAPSULE 72MCG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>lubiprostone capsule 24mcg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lubiprostone capsule 8mcg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
MOVANTIK TABLET 12.5MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
MOVANTIK TABLET 25MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
OCALIVA TABLET 10MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
OCALIVA TABLET 5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
RELISTOR INJECTABLE	5	LC; AP
12/0.6ML		
LC 16.80 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
RELISTOR INJECTABLE 8/0.4ML	5	LC; AP
LC 22.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
SYMPROIC TABLET 0.2MG	3	
TRULANCE TABLET 3MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
ADRENALS		
ASMANEX 120 AER 220MCG	3	LC
LC 1 cada 30 dia(s)		
ASMANEX 30 AER 110MCG	3	LC
LC 1 cada 30 dia(s)		
ASMANEX 30 AER 220MCG	3	LC
LC 1 cada 30 dia(s)		
ASMANEX 60 AER 220MCG	3	LC
LC 1 cada 30 dia(s)		
ASMANEX HFA AER 100 MCG	3	LC
LC 13 cada 30 dia(s)		
ASMANEX HFA AER 200 MCG	3	LC
LC 13 cada 30 dia(s)		
ASMANEX HFA AER 50MCG	3	LC
LC 13 cada 30 dia(s)		
<i>budesonide capsule 3mg dr</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>budesonide suspension 0.25mg/2</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>budesonide suspension 0.5mg/2</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>budesonide suspension 1mg/2ml</i>	2	LC; BvsD
LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<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	4	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>hydrocort tablet 10mg</i>	2	
<i>hydrocort tablet 20mg</i>	2	
<i>hydrocort tablet 5mg</i>	2	
INTRAROSA SUP 6.5MG	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<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	2	
5MG/5ML		
<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	2	
ODT		
PREDNISOLONE TABLET 15MG	2	
ODT		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PREDNISOLONE TABLET 30MG	2	
ODT		
<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	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose tablet 100mg</i>	1	LC; BC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>acarbose tablet 25mg</i>	1	LC; BC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>acarbose tablet 50mg</i>	1	LC; BC
LC 90 cada 30 dia(s)		
ALOG/PIOGLIT TABLET 12.5-30	1	LC; BC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOG/PIOGLIT TABLET	1	LC; BC
25-15MG		
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOG/PIOGLIT TABLET	1	LC; BC
25-30MG		
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOG/PIOGLIT TABLET	1	LC; BC
25-45MG		
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOGLIPTIN TABLET 12.5MG	1	LC; BC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOGLIPTIN TABLET 25MG	1	LC; BC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOGLIPTIN TABLET 6.25MG	1	LC; BC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALOGLIPTIN/ TABLET	1	LC; BC
METFORM		
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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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
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 30 cada 30 dia(s)	3	LC
JENTADUETO TABLET XR LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
KORLYM TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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>migliitol tablet 100mg</i>	2	BC
<i>migliitol tablet 25mg</i>	2	BC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>migliitol 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
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

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
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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	
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
ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS		
BAQSIMI ONE POW 3MG/DOSE	3	
<i>diazoxide suspension 50mg/ml</i>	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	
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
EUTHYROX TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
EUTHYROX TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
EUTHYROX TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>levothyroxin tablet 100mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 112mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 125mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 137mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 150mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 175mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 200mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 25mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 300mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 50mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>levothyroxin tablet 75mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>levothyroxin tablet 88mcg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
LEVOXYL TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
LEVOXYL TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
<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 LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SYNTHROID TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 300MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
SYNTHROID TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC
TIROSINT-SOL SOLUTION 100MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 112MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 125MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 137MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 13MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 150MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 175MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 200MCG	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 25MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 37.5/ML	3	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TIROSINT-SOL SOLUTION 44MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 50MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 62.5/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 75MCG/ML	3	
TIROSINT-SOL SOLUTION 88MCG/ML	3	
UNITHROID TABLET 100MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 112MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 125MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 137MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 150MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 175MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 200MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 25MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 300MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 50MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
ANDROGENS		
<i>danazol capsule 100mg</i>	2	
<i>danazol capsule 200mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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 30 dia(s)	2	LC
<i>testost cyp injectable 200mg/ml</i> LC 10 mililitro(s) cada 30 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
<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
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
GENOTROPIN INJECTABLE 12MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 5MG	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
HUMATROPE INJECTABLE 12MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 24MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 6MG	5	AP
INCRELEX INJECTABLE 40MG/4ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 15/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 30/3ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 5/1.5ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE 10MG/2ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE 20MG/2ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE NUSPIN 5	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
OMNITROPE INJECTABLE 5/1.5ML	5	AP
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
CONTRACEPTIVES		
<i>amabelz tablet 0.5-0.1</i>	2	
<i>amethia tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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>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	

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>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>	2	LC
LC 91 cada 91 dia(s)		
<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	
<i>loestrin 21 tablet 1.5/30</i>	4	
<i>loestrin fe tablet 1.5/30</i>	4	
<i>loestrin fe tablet 1/20</i>	4	
<i>loryna tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>lutra tablet</i>	2	
<i>lyleq tablet 0.35mg</i>	2	
<i>marlissa tablet 0.15/30</i>	2	
<i>merzee capsule 1/20</i>	2	
<i>micrgstin 24 tablet fe 1/20</i>	2	
<i>microgestin tablet 1.5/30</i>	2	
<i>microgestin tablet 1/20</i>	2	
<i>microgestin tablet fe 1/20</i>	2	
<i>microgestin tablet fe1.5/30</i>	2	
<i>mili tablet 0.25/35</i>	2	
<i>mimvey tablet 1-0.5mg</i>	2	
<i>necon tablet 0.5/35</i>	2	
<i>norelge/ethi dis 150/35</i>	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>noreth/ethin tablet 0.5-2.5</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet 1/20</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet 1mg-5mcg</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet fe</i>	2	
<i>noreth/ethin tablet fe 1/20</i>	2	
<i>norethin ace tablet 5mg</i>	2	
<i>norethindron tablet 0.35mg</i>	2	
<i>norgest/ethi tablet 0.25/35</i>	2	
<i>norgest/ethi tablet estradio</i>	2	
<i>norgest/ethi tablet estradio</i>	2	
<i>nortrel tablet 0.5/35</i>	2	
<i>nortrel tablet 1/35</i>	2	
<i>nortrel tablet 7/7/7</i>	2	
<i>nylia tablet 1/35</i>	2	
<i>nylia tablet 7/7/7</i>	2	
<i>nymyo tablet 0.25-35</i>	2	
<i>portia-28 tablet</i>	2	
<i>prefest tablet</i>	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>reclipsen tablet</i>	2	
SAFYRAL TABLET	4	
SLYND TABLET 4MG	4	TE
<i>sprintec 28 tablet 28 day</i>	2	
<i>sronyx tablet</i>	2	
<i>tarina 24 fe tablet</i>	2	
<i>taysofy capsule 1/20</i>	2	
<i>tilia fe tablet</i>	2	
<i>tri-estaryll tablet</i>	2	
<i>tri-legest tablet fe</i>	2	
<i>tri-lo tablet estaryll</i>	2	
<i>tri-lo- tablet sprintec</i>	2	
<i>tri-nymyo tablet</i>	2	
<i>tri-sprintec tablet</i>	2	
<i>tri-vylibra tablet lo</i>	2	
<i>trivora-28 tablet</i>	2	
<i>turqoz tablet</i>	2	
<i>velivet packet</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>vestura tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>vienva tablet 0.1-20</i>	2	
<i>vylibra tablet 0.25-35</i>	2	
<i>xulane dis 150-35</i>	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		
<i>zovia 1/35 tablet</i>	2	
PITUITARY		
<i>desmopressin spr 0.01%</i>	2	LC
LC 15 cada 30 dia(s)		
<i>desmopressin tablet 0.1mg</i>	2	LC
LC 180 cada 30 dia(s)		
<i>desmopressin tablet 0.2mg</i>	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
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
PROGESTINS		
CRINONE GEL 4% VAG	4	AP
DEPO-SQ PROV INJECTABLE 104	4	LC
LC 1 cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac injectable</i>	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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>medroxypr ac tablet 2.5mg</i>	2	
<i>medroxypr ac tablet 5mg</i>	2	
<i>megestrol suspension</i>	2	
<i>625mg/5m</i>		
<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	
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES		
ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>depo-estradi injectable</i>	4	
<i>5mg/ml</i>		
<i>dotti dis 0.025mg</i>	3	
<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)		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	2	
<i>estradiol dis 0.025mg</i>	2	
<i>estradiol dis 0.0375mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.05MG	2	
<i>estradiol dis 0.05mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.06MG	2	
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)		

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>estradiol tablet 10mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>estradiol tablet 1mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>estradiol tablet 2mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>exemestane tablet 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
FEMRING MIS 0.05/24H LC 1 cada 90 dia(s)	4	LC; TE
FEMRING MIS 0.1MG/24 LC 1 cada 90 dia(s)	4	LC; TE
IMVEXXY MAIN SUP 10MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
IMVEXXY MAIN SUP 4MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
IMVEXXY STRT SUP 10MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS		
ELIGARD INJECTABLE 22.5MG	4	BvsD
ELIGARD INJECTABLE 30MG	4	BvsD
ELIGARD INJECTABLE 7.5MG	4	BvsD
FIRMAGON INJECTABLE 120MG	5	BvsD
FIRMAGON INJECTABLE 80MG	4	BvsD
<i>leuprolide injectable 1mg/0.2</i>	5	
LEUPROLIDE INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
LUPR DEP-PED INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
LUPR DEP-PED INJECTABLE 7.5MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 3.75MG	5	BvsD

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
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
ORLISSA TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLISSA TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	4	AP
TRELSTAR MIX INJECTABLE 11.25MG	4	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 22.5MG	4	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 3.75MG	4	BvsD
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS		
<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
NATPARA INJECTABLE 100MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 25MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 50MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 75MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TERIPARATIDE INJECTABLE 620/2.48	5	AP
TYMLOS INJECTABLE LC 1.56 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
<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</i> 50mcg/ml	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
MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS		
FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES		
<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</i> 6.25/5ml	2	
<i>promethazine sup 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine sup 25mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 25mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 50mg</i>	2	
<i>promethegan sup 25mg</i>	2	
<i>promethegan sup 50mg</i>	2	
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
<i>cetirizine solution 1mg/ml</i> LC 300 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
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
MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS		
ANTICHOLINERGIC AGENTS		
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	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
<i>albuterol aer hfa</i> LC 13.40 cada 30 dia(s)	2	LC
ALBUTEROL AER HFA LC 36 cada 30 dia(s)	2	LC
ALBUTEROL AER HFA LC 17 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	
<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

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
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
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	
<i>epinephrine injectable 0.3mg</i>	2	
EPINEPHRINE INJECTABLE 0.3MG	2	
FLUTIC/SALME AER 100/50 LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
<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
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
NICOTROL INH LC 1344 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
NICOTROL NS SPR 10MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>varenicline tablet 0.5& 1mg</i> LC 106 cada 365 dia(s)	2	LC
<i>varenicline tablet 0.5mg</i> LC 336 cada 365 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>varenicline tablet 1mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	2	LC
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
<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

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>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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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
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

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>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
REPATHA INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
REPATHA PUSH INJECTABLE 420/3.5 LC 3.50 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
REPATHA SURE INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
<i>rosuvastatin tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rosuvastatin tablet 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rosuvastatin tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rosuvastatin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>simvastatin tablet 10mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>simvastatin tablet 20mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>simvastatin tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>simvastatin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>simvastatin tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol capsule 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>acebutolol capsule 400mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<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	
<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	

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>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)		
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
10-20mg		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
10-40mg		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
2.5-10mg		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
5-10mg		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
5-20mg		
<i>amlod/benazp capsule</i>	1	
5-40mg		
<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	

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>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	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
<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>tiadylt capsule 120mg/24</i>	3	
<i>tiadylt capsule 180mg/24</i>	3	
<i>tiadylt capsule 240mg/24</i>	3	
<i>tiadylt capsule 300mg/24</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>tiadylt capsule 360mg/24</i>	3	
<i>tiadylt 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 ER	2	
VERAPAMIL CAPSULE 120MG SR	2	
VERAPAMIL CAPSULE 180MG SR	2	
VERAPAMIL CAPSULE 200MG ER	2	
VERAPAMIL CAPSULE 240MG SR	2	
VERAPAMIL CAPSULE 300MG ER	2	
VERAPAMIL CAPSULE 360MG SR	2	
<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	
HYPOTENSIVE AGENTS		
<i>clonidine dis 0.1/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.2/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.3/24hr</i>	2	
<i>clonidine tablet 0.1mg</i>	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)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VASODILATING AGENTS		
<i>asa/dipyrida capsule</i>	2	LC
25-200mg		
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	
<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)		

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VERQUVO TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
VERQUVO TABLET 2.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
VERQUVO TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone tablet 100mg</i>	2	
<i>amiodarone tablet 200mg</i>	2	
<i>amiodarone tablet 400mg</i>	2	
CORLANOR SOLUTION 5MG/5ML LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; TE
CORLANOR TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
CORLANOR TABLET 7.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ranolazine tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
VYNDAMAX CAPSULE 61MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VYNDAQEL CAPSULE 20MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIDIARRHEA AGENTS		
<i>loperamide capsule 2mg</i>	2	
XERMELO TABLET 250MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>bismth/metr/ capsule tetracy</i>	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	

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>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	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
<i>chenodal tablet 250mg</i>	4	LC
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 250mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 500mg</i>	2	
PROKINETIC AGENTS		
<i>metoclopram solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopram tablet 10mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg</i>	2	
<i>metoclopram tablet 5mg odt</i>	2	
MOTEGRITY TABLET 1MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
MOTEGRITY TABLET 2MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
ANTIEMETICS		
ANZEMET TABLET 50MG	4	LC; BvsD; TE
LC 7 cada 30 dia(s)		
<i>aprepitant capsule 125mg</i>	2	LC; BvsD
LC 3 cada 30 dia(s)		
<i>aprepitant capsule 40mg</i>	2	LC; BvsD
LC 1 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>aprepitant capsule 80mg</i>	2	LC; BvsD
LC 6 cada 30 dia(s)		
<i>aprepitant packet 80 & 125</i>	2	LC; BvsD
LC 9 cada 30 dia(s)		
<i>dronabinol capsule 10mg</i>	2	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>dronabinol capsule 2.5mg</i>	2	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>dronabinol capsule 5mg</i>	2	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>granisetron tablet 1mg</i>	2	BvsD
<i>meclizine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>meclizine tablet 25mg</i>	2	
<i>ondansetron solution</i>	2	BvsD
<i>4mg/5ml</i>		
<i>ondansetron tablet 4mg</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>ondansetron tablet 4mg odt</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>ondansetron tablet 8mg</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>ondansetron tablet 8mg odt</i>	2	LC; BvsD
LC 240 cada 30 dia(s)		
VARUBI TABLET 90MG	4	LC; BvsD
LC 4 cada 28 dia(s)		
CATHARTICS AND LAXATIVES		
CLENPIQ SOLUTION	3	
CLENPIQ SOLUTION	3	
<i>gavilyte-c solution</i>	2	
<i>gavilyte-g solution</i>	2	
PEG-3350 SOLUTION	2	
ELECTROL		
<i>peg-3350/kcl solution /sodium</i>	2	
PEG/NASUL/C/ SOLUTION	2	
NACL/POT		
PLENVU SOLUTION	4	TE
RELISTOR TABLET 150MG	5	LC; AP
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
SODIUM/POTAS SOLUTION	2	
MAGNESIU		
<i>sodium/potas solution magnesi</i>	2	
SUPREP BOWEL SOLUTION PREP KIT	3	
DIGESTANTS		
CREON CAPSULE 12000UNT	3	
CREON CAPSULE 24000UNT	3	
CREON CAPSULE 3000UNIT	3	
CREON CAPSULE 36000UNT	3	
CREON CAPSULE 6000UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 10500UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 16800UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 21000UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 2600UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 37000	3	
PANCREAZE CAPSULE 4200UNIT	3	
PERTZYE CAPSULE 16000U	5	
PERTZYE CAPSULE 24000U	5	
PERTZYE CAPSULE 4000UNIT	4	
PERTZYE CAPSULE 8000UNIT	4	
VIKACE TABLET 10440	4	
VIKACE 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)		
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)		

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
HADLIMA INJECTABLE 40/0.4ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HADLIMA INJECTABLE 40/0.8ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HADLIMA PUSH INJECTABLE 40/0.4ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HADLIMA PUSH INJECTABLE 40/0.8ML LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>leflunomide tablet 10mg</i>	2	
<i>leflunomide tablet 20mg</i>	2	
RIDAURA CAPSULE 3MG	5	
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 84 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 90MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 84 dia(s)	5	LC; AP
TALTZ INJECTABLE 80MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
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
IMMUNOMODULATORY AGENTS		
ACTIMMUNE INJECTABLE 2MU/0.5	5	AP
BESREMI SOLUTION 500MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
PHEXXI GEL	4	
RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO		
GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>darifenacin tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>darifenacin tablet 7.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC

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>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> GEMTESA TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	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
<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>trospium chl capsule 60mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>trospium cl tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>theophylline tablet 300mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 400mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 600mg er</i>	2	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTIFIBROTIC AGENTS		
OFEV CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OFEV CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	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
<i>pirfenidone tablet 801mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sod con 100/5ml</i>	2	AP
<i>cromolyn sod solution 4% op</i>	2	
FASENRA INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FASENRA PEN INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>montelukast chw 4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XOLAIR INJECTABLE 150MG/ML	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 75/0.5	5	AP
XOLAIR SOLUTION 150MG	5	AP
<i>zafirlukast tablet 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>zafirlukast tablet 20mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO GRA 13.4MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
KALYDECO GRA 5.8MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
KALYDECO PACKET 25MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
KALYDECO PACKET 50MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
KALYDECO PACKET 75MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
KALYDECO TABLET 150MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
ORKAMBI GRA 100-125	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
ORKAMBI GRA 150-188	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
ORKAMBI TABLET 100-125	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
ORKAMBI TABLET 200-125	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
VASODILATING AGENTS		
<i>ambrisentan tablet 10mg</i>	5	LC; AP; AL
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ambrisentan tablet 5mg</i>	5	LC; AP; AL
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>bosentan tablet 125mg</i>	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>bosentan tablet 62.5mg</i>	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET 0.125MG	4	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET 0.25MG	5	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET 1MG	5	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET 2.5MG	5	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET 5MG	5	LC; AP
LC 300 cada 30 dia(s)		
ORENITRAM TABLET MONTH 1	5	LC; AP
LC 168 cada 180 dia(s)		
ORENITRAM TABLET MONTH 2	5	LC; AP
LC 336 cada 180 dia(s)		
ORENITRAM TABLET MONTH 3	5	LC; AP
LC 252 cada 180 dia(s)		
TYVASO DPI POW 16-32-48	5	LC; AP
LC 252 cada 180 dia(s)		
TYVASO DPI POW 16MCG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
TYVASO DPI POW 32-48MCG	5	LC; AP
LC 224 cada 30 dia(s)		
TYVASO DPI POW 32MCG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
TYVASO DPI POW 48MCG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
TYVASO DPI POW 64MCG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS		
ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir oin 5%</i>	2	
<i>ciclopirox cre 0.77%</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
ciclopirox gel 0.77%	2	
ciclopirox sha 1%	2	
ciclopirox solution 8%	2	NM
ciclopirox suspension 0.77%	2	
CLEOCIN SUP 100MG	4	
clindam/benz gel 1.2-2.5%	2	TE
clindamy/ben gel 1-5%	2	TE
clindamy/ben gel 1.2-5%	2	
CLINDAMYCIN CRE 2% VAG	2	
clindamycin gel 1%	2	
CLINDAMYCIN LOT 10MG/ML	2	
clindamycin mis 1%	2	
clindamycin solution 1%	2	
clotrim/beta cre 1-0.05%	2	
clotrim/beta lot diprop	2	
clotrimazole cre 1%	2	
clotrimazole solution 1%	2	
clotrimazole tro 10mg	2	
econazole cre 1%	2	
ery pad 2%	2	
ery/benzoyl gel 3-5%	2	
erythromycin gel 2%	2	
erythromycin solution 2%	2	
gentamicin cre 0.1%	2	
gentamicin oin 0.1%	2	
ivermectin cre 1%	2	LC; TE
LC 45 cada 30 dia(s)		
ketoconazole cre 2%	2	
ketoconazole sha 2%	2	
metronidazol cre 0.75%	2	
metronidazol gel 0.75%	2	
metronidazol gel 0.75%vag	2	
metronidazol gel 1%	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
METRONIDAZOL LOT 0.75%	2	
miconazole 3 sup 200mg	4	
mupirocin cre 2%	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
mupirocin oin 2%	2	
naftifine cre hcl 2%	2	
nyamyc pow 100000	2	
nystat/triam cre	2	
nystat/triam oin	2	
nystatin cre 100000	2	
nystatin oin 100000	2	
nystatin pow 100000	2	
nystop pow 100000	2	
oxiconazole cre nitrate	2	
PENCICLOVIR CRE 1%	2	
permethrin cre 5%	2	
SILVER SULFA CRE 1%	2	
SPINOSAD SUSPENSION 0.9%	4	
SSD CRE 1%	2	
sulfacetamid lot 10%	2	
terconazole cre 0.4%	2	
terconazole cre 0.8%	2	
terconazole sup 80mg	2	
VANDAZOLE GEL 0.75%	2	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ala-cort cre 2.5%	2	
alclometason cre 0.05%	2	
alclometason oin 0.05%	2	
amcinonide oin 0.1%	2	
beta diprop cre 0.05%	2	
beta diprop gel 0.05%	2	
beta diprop lot 0.05%	2	
BETA DIPROP OIN 0.05%	2	
betameth dip cre 0.05%	2	
betameth dip lot 0.05%	2	
betameth dip oin 0.05%	2	
betameth val aer 0.12%	2	
BETAMETH VAL CRE 0.1%	2	
BETAMETH VAL LOT 0.1%	2	
BETAMETH VAL OIN 0.1%	2	
calcip/betam suspension	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>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)		
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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	
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	
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapal/ben p gel 0.1-2.5%</i>	2	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>ammonium lac cre 12%</i>	2	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<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)		
<i>acitretin capsule 25mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>adapalene cre 0.1%</i>	2	TE
<i>adapalene gel 0.3%</i>	2	TE
ADBRY INJECTABLE 150MG/ML	5	LC; AP
LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
ALTRENO LOT 0.05%	4	LC
LC 45 cada 30 dia(s)		
<i>amnesteem capsule 10mg</i>	3	
<i>amnesteem capsule 20mg</i>	3	
<i>amnesteem capsule 40mg</i>	3	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	2	LC
LC 50 cada 30 dia(s)		
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	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
CIBINQO TABLET 200MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
CIBINQO TABLET 50MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>claravis capsule 10mg</i>	3	
<i>claravis capsule 20mg</i>	3	
<i>claravis capsule 30mg</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>claravis capsule 40mg</i>	3	
<i>dapsone gel 5%</i>	2	TE
DUPIXENT INJECTABLE	5	LC; AP
300/2ML		
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
DUPIXENT INJECTABLE	5	LC; AP
300/2ML		
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
FINACEA AER 15%	4	
<i>fluorouracil cre 5%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 2%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 5%</i>	2	
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%	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
PIMECROLIMUS CRE 1%	2	TE
<i>podofilox solution 0.5%</i>	2	
QBREXZA PAD 2.4%	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>roflumilast tablet 250mcg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>roflumilast tablet 500mcg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
SANTYL OIN 250/GM	4	
<i>tacrolimus oin 0.03%</i>	2	LC
LC 100 cada 30 dia(s)		
<i>tacrolimus oin 0.1%</i>	2	LC
LC 100 cada 30 dia(s)		
<i>tazarotene cre 0.1%</i>	2	TE
<i>tazarotene gel 0.05%</i>	2	
<i>tazarotene gel 0.1%</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
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%	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
VTAMA CRE 1%	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<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%	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
ZORYVE MIS 0.3%	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE PREPARATIONS		
ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS		
<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	
SUMINISTROS		
SUPPLIES		
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2	2	LC
LC 100 cada 30 dia(s)		
INSULIN PEN NEEDLE	2	LC
LC 200 cada 30 dia(s)		
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3ML	2	LC
LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1ML	2	LC
LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2ML	2	LC
LC 200 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
ISOPROPYL ALCOHOL	2	
0.7ML/ML MEDICATED PAD		
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY	2	LC
LC 200 cada 30 dia(s)		
VITAMINAS		
VITAMIN D		
<i>calcitriol capsule 0.25mcg</i>	2	
<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	
VITAMINS		
PRENATAL VITAMIN WITH MINERALS AND FOLIC ACID GREATER THAN 0.8MG ORAL TABLET	3	
SODIUM FLUORIDE 2.2MG (FLUORIDE ION 1MG) ORAL TABLET	2	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Índice

abaca/lamivu tablet	32	ALOG/PIOGLIT	55	amphotericin injectable	31
abacavir solution	32	ALOGLIPTIN	55	ampicillin capsule	2
abacavir tablet	32	ALOGLIPTIN/	55,56	ampicillin injectable	2
ABILIFY	14	ALOMIDE	51	amp-sulbacta injectable	2
abiraterone tablet	5	alose tron tablet	54	anagrelide capsule	38
ABRYSVO	36	ALPHAGAN	51	anastrozole tablet	64
acampro cal tablet	29	alprazolam con	46	ANORO	67
acarbose tablet	55	alprazolam tablet	46	ANZEMET	76
accutane capsule	83	ALREX	52	apap/codeine tablet	21
acebutolol capsule	71	ALTOPREV	69	APLENZIN	15
acetazolamid capsule	77	ALTRENO	83	apomorphine injectable	44
acetazolamid tablet	77	ALUNBRIG	5,6	APRACLONIDIN	53
acetic acid solution	53	amabelz tablet	62	aprepitant capsule	76
acetylcyst solution	29	amantadine capsule	32	aprepitant packet	76
acitretin capsule	83	amantadine solution	32	apri tablet	62
ACTHIB	36	amantadine tablet	32	APTIOM	24
ACTIMMUNE	78	ambrisentan tablet	80	APTIVUS	32
acyclovir capsule	32	amcinonide oin	81	aranelle tablet	62
acyclovir na injectable	32	amethia tablet	62	ARANESP	39
acyclovir oin	80	amikacin injectable	2	ARCALYST	30
acyclovir suspension	32	amilor/hctz tablet	49	AREXVY	36
acyclovir tablet	32	AMILORIDE	49	arformoterol neb	67
ADACEL	36	amiodarone tablet	75	ARIKAYCE	2
adapal/ben p gel	82	amitriptylin tablet	14	aripiprazole solution	15
adapalene cre	83	AMJEVITA	77	aripiprazole tablet	15
adapalene gel	83	amlod/atorva tablet	69	ARISTADA	15
ADBRY	83	amlod/benazp capsule	72	armodafinil tablet	42
adefov dipiv tablet	32	amlod/olmesa tablet	72	ARNUITY	52
AJOVY	13	amlod/valsar tablet	72	asa/dipyrida capsule	74
AKEEGA	5	amlodipine tablet	72,73	ascomp/cod capsule	21
ala-cort cre	81	ammonium lac cre	83	ASENAPINE	15
albendazole tablet	1	amnesteem capsule	83	asenapine sub	15
ALBUTEROL	67	amox/k clav chw	2	ASMANEX	54
albuterol aer hfa	67	amox/k clav suspension	2	ASTAGRAF	29
albuterol neb	67	amox/k clav tablet	2	atazanavir capsule	32
albuterol syrup	67	amoxapine tablet	14	atenol/chlor tablet	71
albuterol tablet	67	amoxicillin capsule	2	atenolol tablet	71
alclometason cre	81	amoxicillin chw	2	atomoxetine capsule	47
alclometason oin	81	amoxicillin suspension	2	atorvastatin tablet	69
ALECENSA	5	amoxicillin tablet	2	atovaq/progu tablet	1
alendronate tablet	30	amox-pot cla tablet er	2	atovaquone suspension	1
alfuzosin tablet	37	amp/sulbacta injectable	2	ATROVENT	67
ALISKIREN	40	amphet/dextr capsule	42	AUGTYRO	6
allopurinol tablet	28,29	amphet/dextr tablet	42	AURYXIA	49

Índice

AUSTEDO	48	betameth dip oin	81	buprenorphin sub	22
AUVELITY	15	betameth val aer	81	bupropion tablet	15
AUVI-Q	67	BETAXOLOL	51	bupropn hcl tablet	15
aviane tablet	62	betaxolol tablet	71	bupirone tablet	46
AYVAKIT	6	bethanechol tablet	37	but/apap/caf capsule	22
AZASITE	52	BETOPTIC-S	51	but/apap/caf capsule	
azathioprine tablet	29	BEVESPI	67	codeine	22
azel/flutic spr	28	BEXAROTENE	6	but/apap/caf tablet	22
azelaic acid gel	83	bexarotene gel	83	but/asa/caf/ capsule	
azelastine dro	51	BEXSERO	36	codeine	22
azelastine spr	51	bicalutamide tablet	6	but/asa/caff capsule	22
AZELEX	83	BICILLIN	2	cabergoline tablet	44
AZITHROMYCIN	2	BIKTARVY	32,33	CABLIVI	38
azithromycin injectable	2	bimatoprost solution	51	CABOMETYX	6
azithromycin suspension	2	bismth/metr/ capsule		calc acetate capsule	50
azithromycin tablet	2	tetracy	75	calcip/betam suspension	81
aztreonam injectable	2	bisoprl/hctz tablet	71	CALCIPOTRIEN	83
bacit/polymy oin op	52	bisoprol fum tablet	71	calcipotrien oin	83
bacitracin oin op	52	BIVIGAM	35	calcipotrien oin betameth	82
baclofen tablet	69	blisovi fe tablet	62	calcipotrien solution	83
balsalazide capsule	54	BOOSTRIX	36	calcitonin spr	66
BALVERSA	6	bosentan tablet	80	CALCITRIOL	84
balziva tablet	62	BOSULIF	6	calcitriol capsule	84
BAQSIMI	59	BRAFTOVI	6	calcitriol solution	84
BARACLUDE	32	BREO	67,68	CALQUENCE	6
BAXDELA	2	BREZTRI	67	camila tablet	62
BCG	36	briellyn tablet	62	CANDESA/HCTZ	41
BELSOMRA	46	BRILINTA	38	candesartan tablet	41
benazep/hctz tablet	40	brimonidine solution	51	CAPEX	82
benazepril tablet	41	BRINZOLAMIDE	51	CAPLYTA	15
BENLYSTA	29	BRIVIACT	24	CAPRELSA	6
BENZNIDAZOLE	1	bromfenac solution	52	captopril tablet	41
benztropine tablet	44	bromocriptin capsule	44	CARB/LEVO	44
BEPOTASTINE	51	bromocriptin tablet	44	carb/levo er tablet	44
BESIVANCE	52	BRONCHITOL	28	carb/levo tablet	44
BESREMI	78	BRUKINSA	6	CARB/LEVO100	44
BETA	81	BUDES/FORMOT	68	CARB/LEVO125	44
beta diprop cre	81	BUDESONIDE	54	CARB/LEVO150	44
beta diprop gel	81	budesonide capsule	54	CARB/LEVO200	44
beta diprop lot	81	budesonide suspension	55	CARBAMAZEPIN	24
betaine anhy pow	30	bumetanide tablet	49	carbamazepin chw	24
BETAMETH	81	bupren/nalox mis	21	carbamazepin suspension	24
betameth dip cre	81	bupren/nalox sub	21	carbamazepin tablet	24
betameth dip lot	81	buprenorphin dis	21,22	carbidopa tablet	44

Índice

carglumic tablet	49	ciclopirox cre	80	clobetasol sha	82
carisoprodol tablet	69	ciclopirox gel	81	clobetasol solution	82
carteolol solution	71	ciclopirox sha	81	clobetasol spr	82
cartia xt capsule	73	ciclopirox solution	81	clomipramine capsule	15
carvedilol capsule	71	ciclopirox suspension	81	clonazep odt tablet	24
carvedilol tablet	71	cilostazol tablet	38	clonazepam tablet	24
caspofungin injectable	31	CILOXAN	52	clonidine dis	74
CAYSTON	2	CIMDUO	33	clonidine tablet	74
cefaclor capsule	2	cimetidine tablet	75	clopidogrel tablet	38
cefaclor er tablet	2	cinacalcet tablet	66	cloraz dipot tablet	46
cefadroxil capsule	2	CIPRO	52	clotrim/beta cre	81
cefadroxil suspension	2	cipro/dexa suspension	52	clotrim/beta lot diprop	81
cefadroxil tablet	2	CIPROFLOXACN	52	clotrimazole cre	81
cefazolin injectable	2	ciprofloxacn injectable	3	clotrimazole solution	81
cefdinir capsule	2	ciprofloxacn solution	52	clotrimazole tro	81
cefdinir suspension	3	ciprofloxacn tablet	3	clozapine tablet	15,16
cefepime injectable	3	CITALOPRAM	15	COARTEM	1
cefixime capsule	3	citalopram solution	15	colchicine capsule	29
cefixime suspension	3	citalopram tablet	15	colchicine tablet	29
cefoxitin injectable	3	claravis capsule	83	colesevelam packet	70
cefepodo prox suspension	3	CLARINEX-D	67	colesevelam tablet	70
cefepodoxime tablet	3	clarithromyc suspension	3	COLESTIROL	70
cefprozil suspension	3	clarithromyc tablet	3	colestipol tablet	70
cefprozil tablet	3	CLENPIQ	76	colistimeth injectable	3
ceftazidime injectable	3	CLEOCIN	81	COMBIGAN	51
ceftriaxone injectable	3	clindam/benz gel	81	COMBIVENT	67
cefuroxime injectable	3	clindamy/ben gel	81	COMETRIQ	6
cefuroxime tablet	3	clindamy/d	3	COMPLERA	33
celecoxib capsule	22	CLINDAMYCIN	81	compro sup	16
cephalexin capsule	3	clindamycin capsule	3	constulose solution	49
cephalexin suspension	3	clindamycin gel	81	COPAXONE	78
cephalexin tablet	3	clindamycin injectable	3	COPIKTRA	6
cetirizine solution	66	clindamycin mis	81	CORLANOR	75
cevimeline capsule	37	clindamycin solution	3,81	COTELLIC	6
CHEMET	31	CLINIMIX	48	CREON	77
chenodal tablet	76	clinisol sf injectable	48	CRINONE	64
chlorhex glu solution	52	clobazam suspension	24	cromolyn sod con	79
chloroquine tablet	1	clobazam tablet	24	cromolyn sod neb	28
chlorpromaz tablet	15	clobetasol aer	82	cromolyn sod solution	79
chlorpromazi con	15	clobetasol cre	82	cryselle-	62
chlorthalid tablet	49	clobetasol e cre	82	cyclobenzapr tablet	69
CHOLBAM	54	clobetasol gel	82	CYCLOPHOSPH	6
cholestyram pow	70	clobetasol lot	82	cyclophosph capsule	6
CIBINQO	83	clobetasol oin	82	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	67
cyproheptad syrup	66	dexameth pho solution	52	diphen/atrop tablet	67
cyproheptad tablet	66	dexamethason solution	55	disulfiram tablet	29
CYSTADROPS	53	dexamethason tablet	55	DIURIL	49
CYSTAGON	30	dexmethylph capsule	42	divalproex capsule	25
CYSTARAN	53	dexmethylphe capsule	42,43	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	48	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	69	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	52,82	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	67	doxycycline suspension	4
DELSTRIGO	33	dicyclomine solution	67	doxycycline tablet	4
depo-estradi injectable	64	dicyclomine tablet	67	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	67	difluprednat emu	52	droxidopa capsule	68
desmopressin spr	64	DIGOXIN	75	duloxetine capsule	16
desmopressin tablet	64	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	73	EDURANT	33
DESOXIMETAS	82	diltiazem capsule	73	efavir/emtri tablet tenofovi	33
desoximetas cre	82	diltiazem er tablet	73	efavir/lamiv tablet tenofovi	33
desoximetas gel	82	diltiazem tablet	73	efavirenz capsule	33
desoximetas oin	82	dilt-xr capsule	73	efavirenz tablet	33

Índice

eletriptan tablet	13	erythrocin tablet	4	febuxostat tablet	29
ELIGARD	65	erythrom eth suspension	4	felbamate suspension	25
ELIQUIS	38	ERYTHROMYCIN	4	felbamate tablet	25
ELMIRON	29	erythromycin gel	81	felodipine tablet	73
eluryng mis	62	erythromycin oin	52	FEMRING	65
EMCYT	6	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	79
ENDARI	30	estradiol dis	64	FETZIMA	16
ENGERIX-B	36	estradiol tablet	64,65	FILSPARI	30
enilloring mis	62	eszopiclone tablet	46	FINACEA	83
enoxaparin injectable	38	ethacrynic tablet acd	49	finasteride tablet	30
ENSPRYNG	29	ethambutol tablet	1	finingolimod 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	79
ENVARUSUS	29	etodolac tablet	22	flecainide tablet	75
EPIDIOLEX	25	ETONOGESTREL	62	fluconazole suspension	32
EPINEPHRINE	68	etravirine tablet	33	fluconazole tablet	32
epinephrine injectable	68	EUCRISA	82	fluconazole/ injectable nacl	32
epitol tablet	25	EUTHYROX	59	flucytosine capsule	32
eplerenone tablet	41	EVENITY	77	fludrocort tablet	55
EPOGEN	39	everolimus tablet	7	flunisolide 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	65	fluocin acet oin	82
ERIVEDGE	6	EXKIVITY	7	fluocin acet solution	82
ERLEADA	7	ezetim/simva tablet	70	fluocinonide cre	82
erlotinib tablet	7	ezetimibe tablet	70	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

Índice

fluoxetine capsule	17	galantamine solution	37	HAEGARDA	30
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	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	79	hc valerate oin	82
fluticasone oin	82	generlac solution	49	hc/acet acid solution otic	53
fluticasone spr	53	gengraf capsule	29	HEMADY	55
fluvastatin capsule	70	gengraf solution	29	heparin sod injectable	38
FLUVOXAMINE	17	GENOTROPIN	61,64	HEPLISAV-B	36
fluvoxamine capsule	17	gentam/nacl injectable	4	HETLIOZ	46
FML	53	gentamicin cre	81	HIBERIX	36
FONDAPARINUX	38	gentamicin injectable	4	HUMATROPE	62
fondaparinux injectable	38	gentamicin oin	81	HUMULIN	56
formoterol neb	68	gentamicin solution	52	hydralazine tablet	74
fosamprenavi tablet	33	GENVOYA	33	hydrochlorot capsule	49
fosfomycin pow	1	GILOTRIF	7	hydrochlorot tablet	49
fosinop/hctz tablet	41	GLEOSTINE	7	hydroco/apap tablet	22,23
fosinopril tablet	41	glimepiride tablet	56	HYDROCORT	82
FOTIVDA	7	glip/metform tablet	56	hydrocort cre	82
FROVATRIPTAN	13	glipizide er tablet	56	hydrocort lot	82
FRUZAQLA	7	glipizide tablet	56	hydrocort oin	82
FULPHILA	39	glucagon kit	59	hydrocort tablet	55
furosemide injectable	74	glyb/metform tablet	56	hydrocortiso cre	82
furosemide solution	49	glycopyrrol tablet	67	hydrocortiso lot	82
furosemide tablet	49	glycopyrrola solution	67	hydroxychlor tablet	1
FUZEON	33	GLYXAMBI	56	hydroxyurea capsule	7
fyavolv tablet	62	granisetron tablet	76	hydroxyz hcl tablet	47
FYCOMPA	25	GRANIX	39,40	hydroxyz pam capsule	47
FYLNETRA	39	griseofulvin suspension	32	HYFTOR	83
gabapentin capsule	25	griseofulvin tablet micr	32	ibandronate tablet	30
gabapentin solution	25	griseofulvin tablet ultr	32	IBRANCE	7
gabapentin tablet	26	guanfacine tablet	47	ibu tablet	23
GALAFOLD	30	GVOKE	59	ibuprofen tablet	23
galantamine capsule	37	HADLIMA	78	icatibant injectable	30

Índice

iclevia tablet	62	isradipine capsule	73	KORLYM	57
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	71,72
IMBRUVICA	8	IWILFIN	8	lacosamide solution	26
imipenem/cil injectable	4	IXIARO	36	lacosamide tablet	26
imipram hcl tablet	17	JAKAFI	8	lactulose packet	49
imipram pam capsule	17	jantoven tablet	38	lactulose solution	49
imiquimod cre	83	JANUMET	56	LAGEVRIO	34
IMOVAX	36	JANUVIA	57	LAMICTAL	26
IMPAVIDO	1	JARDIANCE	57	lamivud/zido tablet	34
IMVEXXY	65	jasmiel tablet	62	lamivudine solution	34
INCRELEX	62	JAYPIRCA	8	lamivudine tablet	34
INCRUSE	67	JENTADUETO	57	lamotrig odt kit	26
indapamide tablet	49	jinteli tablet	63	lamotrig odt tablet	26
indomethacin capsule	23	JULUCA	33	lamotrigine chw	26
INFANRIX	36	junel	63	lamotrigine kit odt	26
INLYTA	8	junel fe	63	lamotrigine kit start	26
INQOVI	8	junel fe tablet	63	lamotrigine tablet	26
INREBIC	8	JUXTAPID	70	LAMPIT	1
INS	56	JYNARQUE	49,50	lansopr/amox packet	
INSULIN	56,84	JYNNEOS	36	/clarith	4
INTELENCE	33	KALYDECO	80	lansoprazole capsule	75
INTRAROSA	55	kariva tablet	63	lanthanum chw	49
introvale tablet	62	kcl/d	50	LANTUS	57
INVEGA	17	KCL/D5W/LACT	50	lapatinib tablet	8
IOPIDINE	53	KCL/D5W/NACL	50	latanoprost solution	51
IPOL	36	kelnor	63	LEDIP-SOFOSB	34
ipratropium solution	67	kelnor tablet	63	leflunomide tablet	78
ipratropium spr	53	KERENDIA	41	lenalidomide capsule	8,9
ipratropium/ solution		ketoconazole cre	81	LENVIMA	9
albuter	67	ketoconazole sha	81	lessina tablet	63
irbesar/hctz tablet	41	ketoconazole tablet	32	letrozole tablet	65
irbesartan tablet	41	KETOROLAC	53	leucovor ca tablet	29
ISENTRESS	33	ketorolac solution	53	LEUKERAN	9
ISOLYTE-P	48	KEVEYIS	77	LEUKINE	40
ISOLYTE-S	50	KINRIX	36	LEUPROLIDE	65
isoniazid tablet	1	KISQALI	8	leuprolide injectable	65
ISOPROPYL	84	KLOR-CON	50	LEVALBUTEROL	68
isosorb din tablet	74	klor-con m	50	levaltbuterol neb	68
isosorb mono tablet	74	klor-con packet	50	LEVEMIR	57
isotretinoin capsule	83	KLOXXADO	23	levetiraceta solution	26

Índice

levetiraceta tablet	26,27	losartan pot tablet	41	memantine hc solution	48
levobunolol solution	51	losartan/hct tablet	41	memantine tablet hcl	47
levocetirizi solution	67	LOTEMAX	53	MENACTRA	36
levocetirizi tablet	67	LOTEPREDNOL	53	MENQUADFI	36
levo-eth est tablet	63	lovastatin tablet	70	MENVEO	36
levoflox/d	4	loxapine capsule	18	mercaptapur tablet	9
levofloxacin solution	52	lubiprostone capsule	54	meropenem injectable	4
levofloxacin tablet	4	LUCEMYRA	68	merzee capsule	63
levonest tablet	63	LUMAKRAS	9	mesalamine capsule	54
levonor/ethi tablet	63	LUMIGAN	51	mesalamine ene	54
levonor/ethi tablet estradio	63	LUPKYNIS	29	mesalamine tablet	54
levora-	63	LUPR	65	MESNEX	29
levothyroxin tablet	59,60	LUPRON	65,66	metaxalone tablet	69
LEVOXYL	60	lurasidone tablet	18	metformin solution	57
LEXIVA	34	lutera tablet	63	metformin tablet	57
lido/prilocn cre	84	LYBALVI	18	methazolamid tablet	51
lidocaine pad	84	lyleq tablet	63	methenam hip tablet	1
lidocan pad	84	lyllana dis	65	methimazole tablet	60
linezolid injectable	4	LYNPARZA	9	methocarbam tablet	69
linezolid suspension	4	LYSODREN	9	METHOTREXATE	9
linezolid tablet	4	LYTGOBI	9	methotrexate injectable	9
LINZESS	54	MAGNESIUM	27	methotrexate tablet	9
liothyronine tablet	60	magnesium su injectable	27	methoxsalen capsule	83
lisdexamfeta capsule	43	maraviroc tablet	34	methscopolam tablet	67
lisinop/hctz tablet	41	marlissa tablet	63	methsuximide capsule	27
lisinopril tablet	41	MARPLAN	18	METHYLPHENID	43
LITHIUM	18	MATULANE	9	methylphenid capsule	43
lithium carb capsule	17,18	matzim la tablet	73	methylphenid chw	43
lithium carb tablet	18	MAVYRET	34	methylphenid pad	43,44
lithium solution	17	MAXIDEX	53	methylphenid solution	44
LIVTENCITY	34	meclizine tablet	76	methylphenid tablet	44
LO	63	meclofen sod capsule	23	methylpred tablet	55
loestrin	63	MEDROXYPR	64	metoclopram solution	76
loestrin fe tablet	63	medroxypr ac injectable	64	metoclopram tablet	76
loestrin tablet	63	medroxypr ac tablet	64	metolazone tablet	50
LOKELMA	49	mefloquine tablet	1	metoprl/hctz tablet	72
LONSURF	9	megestrol ac suspension	64	metoprol suc tablet	72
loperamide capsule	75	megestrol ac tablet	64	metoprol tar tablet	72
lopin/riton solution	34	megestrol suspension	64	METRONIDAZOL	81
lopin/riton tablet	34	MEKINIST	9	metronidazol capsule	1
lorazepam con	47	MEKTOVI	9	metronidazol cre	81
lorazepam tablet	47	meloxicam tablet	23	metronidazol gel	81
LORBRENA	9	MEMANT	47	metronidazol injectable	1
loryna tablet	63	memantine hc capsule	48	metronidazol tablet	1

Índice

METYROSINE	30	MYRBETRIQ	79	nifedipine tablet	73
mexiletine capsule	75	nabumetone tablet	23	nilutamide tablet	9
micafungin injectable	32	nadolol tablet	72	nimodipine capsule	73
miconazole	81	nafcillin injectable	4	NINLARO	9
micrgstin	63	naftifine cre hcl	81	NISOLDIPINE	73
microgestin tablet	63	naloxone hcl spr	23	nisoldipine tablet	73
microgestin tablet fe	63	naloxone injectable	23	nitazoxanide tablet	1
midodrine tablet	68	naltrexone tablet	24	nitisinone capsule	30,31
miglitol tablet	57	NAMZARIC	37	nitro-bid oin	74
mili tablet	63	naproxen sod tablet	23	nitrofur mac capsule	1
mimvey tablet	63	naproxen suspension	23	nitrofurantn capsule	1
minocycline capsule	4	naproxen tablet	23	nitrofurantn suspension	1
minoxidil tablet	74	naratriptan tablet	13	nitroglycer dis	74
mirtazapine tablet	18	NATACYN	52	nitroglyceri sub	74
misoprostol tablet	76	nateglinide tablet	57	nitroglycer sub	74
M-M-R	36	NATPARA	66	nitroglycer spr	74
modafinil tablet	44	NAYZILAM	47	NITROLINGUAL	74
moexipril tablet	41	nebivolol tablet	72	NITYR	31
molindone tablet hcl	18	necon tablet	63	NIVESTYM	40
mometasone cre	82	NEEDLES,	84	nizatidine capsule	76
mometasone oin	82	nefazodone tablet	18	NORDITROPIN	62
mometasone solution	82	neo/bac/poly oin op	52	norelge/ethi dis	63
mometasone spr	53	neo/poly/bac oin /hc	52	noreth/ethin tablet	63
montelukast chw	79	NEO/POLY/DEX	52	noreth/ethin tablet fe	63
montelukast gra	79	neo/poly/dex suspension	52	norethin ace tablet	63
montelukast tablet	79	neo/poly/gra solution op	52	norethindron tablet	63
morphine sul tablet	23	neo/poly/hc solution	52	norgest/ethi tablet	63
MOTEGRITY	76	neo/poly/hc suspension	52	norgest/ethi tablet estradio	63
MOUNJARO	57	neo/poly/hc suspension op	52	NORPACE	75
MOVANTIK	54	neomycin tablet	4	nortrel tablet	63
moxifloxacin injectable	4	NERLYNX	9	nortriptylin capsule	18
moxifloxacin solution hcl	52	NEULASTA	40	nortriptylin solution	18
moxifloxacin tablet	4	NEUPOGEN	40	NORVIR	34
MULPLETA	40	NEUPRO	45	NOURIANZ	48
mult electro injectable ph	50	NEVANAC	53	NOVOLIN	57
MULTAQ	75	nevirapine suspension	34	NOVOLOG	57,58
mupirocin cre	81	nevirapine tablet	34	NOXAFIL	32
mupirocin oin	81	NEXLETOL	70	NUBEQA	9
MYALEPT	30	NEXLIZET	70	NUPLAZID	18
mycophenolat capsule	29	niacin er tablet	71	NURTEC	13
mycophenolat suspension	29	niacin tablet	70	NUTRILIPID	48
mycophenolat tablet	29	nicardipine capsule	73	NUTROPIN	62
mycophenolic tablet	29	NICOTROL	68	NUZYRA	4
MYFEMBREE	66	nifedipine capsule	73	nyamyc pow	81

Índice

nylia tablet	63	oseltamivir capsule	34	perindopril tablet	41
NYMALIZE	74	oseltamivir suspension	34	perio gard 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	79	PHENOBARB	27
nystatin suspension	32	oxybutynin tablet	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
OALIVA	54	PALYNZIQ	51	phenytoin suspension	27
OCTAGAM	36	PANCREAZE	77	PHEXXI	78
octreotide injectable	66	PANRETIN	83	PIFELTRO	34
ODEFSEY	34	pantoprazole packet	76	PILOCARPINE	51
ODOMZO	9	pantoprazole tablet	76	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	10	paroxetine tablet	19	PIOGLIT/GLIM	58
OJJAARA	10	PAXIL	19	pioglit/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	peg-	76	pirfenidone tablet	79
olmesa medox tablet	41	PEG/NASUL/C/	76	piroxicam capsule	23
olopatadine spr	51	PEG-3350	76	pitavastatin tablet	71
omega-	71	PEGASYS	34	PLASMA-LYTE	50
omeprazole capsule	76	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	penicillin gk injectable	5	portia-	63
ORFADIN	31	penicillin vk solution	5	posaconazole suspension	32
ORGOVYX	66	penicillin vk tablet	5	posaconazole tablet	32
ORIAHNN	65	PENTACEL	36	POT	50,51
ORLISSA	66	pentamidine inh	1	pot chl/d	50
ORKAMBI	80	pentamidine injectable	1	pot chl/nacl injectable	50
ORLADEYO	30	PENTASA	54	pot chloride capsule	50
ORSERDU	10	pentoxifylli tablet	38	pot chloride injectable	50

Índice

pot chloride pow	50	PROLIA	30	RECOMBIVA-HB	37
pot chloride solution	50	PROMACTA	40	RECTIV	74
pot chloride tablet	50,51	promethazine solution	66	RELENZA	35
pot citra er tablet	51	promethazine sup	66	RELEUKO	40
pot cl micro tablet	51	promethazine tablet	66	RELISTOR	54,76
PRADAXA	38	promethegan sup	66	RELYVRIO	48
pramipexole tablet	45	propafenone capsule	75	repaglinide tablet	58
prasugrel tablet	38,39	propafenone tablet	75	REPATHA	71
pravastatin tablet	71	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	78
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	71	QNASL	53	risedronate tablet	30
PREVYMIS	34	QUADRACEL	36	RISPERDAL	19
PREZCOBIX	34	quetiapine tablet	19	risperidone solution	19
PREZISTA	34	quinapril tablet	41,42	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	76	ROCKLATAN	51
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
progesterone capsule	64	RECOMBIVA	36,37	rufinamide suspension	27

Índice

rufinamide tablet	27	SODIUM/POTAS	77	sumatriptan tablet	14
RUKOBIA	35	sodium/potas solution		sunitinib capsule	11
RYDAPT	11	magnesiū	77	SUNLENCA	35
RYTARY	45	SOFOS/VELPAT	35	SUNOSI	48
SAFYRAL	63	SOHONOS	69	SUPREP	77
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	66
saxa/metfor tablet	58	sotalol af tablet	72	SYNJARDY	58
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	45	sprintec	63	tadalafil tablet	74
selegiline tablet	45	SPRITAM	27	TADLIQ	74
SELZENTRY	35	SPRYCEL	11	TAFINLAR	11
SEREVENT	68	sps suspension	49	TAGRISSO	11
sertraline con	20	sronyx tablet	63	TAKHZYRO	30
sertraline tablet	20	SSD	81	TALTZ	78
sevelamer tablet	49	STEGLATRO	58	TALZENNA	11
SHINGRIX	37	STELARA	78	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	37,38	streptomycin injectable	5	TASIGNA	11
SILVER	81	STRIBILD	35	tasimelteon capsule	47
SIMBRINZA	51	STRIVERDI	68	TAVALISSE	39
simvastatin tablet	71	SUCRAID	51	TAVNEOS	30
sirolimus solution	29	sucrafate suspension	76	taysofy capsule	63
sirolimus tablet	29	sucrafate tablet	76	tazarotene cre	83
SIRTURO	1	sulf/pred na solution op	52	tazarotene gel	83
SITAVIG	35	sulfacet sod oin	52	TAZORAC	84
SIVEXTRO	5	sulfacet sod solution	52	taztia xt capsule	73
SLYND	63	sulfacetamid lot	81	TAZVERIK	11
smz/tmp ds tablet	5	sulfadiazine tablet	5	TDVAX	36
smz-tmp suspension	5	SULFASALAZIN	5	TECFIDERA	78
smz-tmp tablet	5	sulfasalazin tablet	5	TEFLARO	5
SOD	51	sulindac tablet	23	TEGSEDI	31
sod poly sul pow	49	SUMATRIPTAN	14	telmis/amlod tablet	73
SODIUM	51,84	sumatriptan injectable	14	telmisa/hctz tablet	42

Índice

telmisartan tablet	42	TOBEX	52	tri-legest tablet fe	63
temazepam capsule	47	tolcapone tablet	45	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	toremide tablet	50	TRIUMEQ	35
terconazole sup	81	TOUJEO	58	trivora-	63
teriflunomid tablet	78	TPN	51	tri-vylibra tablet lo	63
TERIPARATIDE	66	TRADJENTA	58	TRIZIVIR	35
testost cyp injectable	61	tramadl/apap tablet	23	TROPHAMINE	49
testost enan injectable	61	tramadol hcl tablet	23	trospium chl capsule	79
testosterone gel	61	trando/verap tablet	74	trospium cl tablet	79
testosterone gel pump	61	trandolapril tablet	42	TRULANCE	54
testosterone solution	61	TRANEX	38	TRULICITY	59
tetrabenazin tablet	48	tranlycyprom 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	66	TWINRIX	37
tiadylt capsule	73,74	TRETINOIN	84	TYBOST	31
TIAGABINE	27,28	tretinoin capsule	12	TYMLOS	66
tiagabine tablet	28	tretinoin cre	84	TYPHIM	37
TIBSOVO	12	tretinoin gel	84	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	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	60,61	triazolam tablet	47	VALCHLOR	84
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	45	valsartan tablet	42
tobramycin neb	5	trihexyphen tablet	45,46	VALTOCO	47
tobramycin solution	52	TRIJARDY	59	VANCOMYCIN	5

Índice

vancomycin capsule	5	VRAYLAR	21	zidovudine tablet	35
vancomycin injectable	5	VTAMA	84	ZIEXTENZO	40
vancomycin solution	5	VUMERITY	78	ZIMHI	24
VANDAZOLE	81	vylibra tablet	64	ziprasidone capsule	21
VANFLYTA	12	VYNDAMAX	75	ziprasidone injectable	21
VAQTA	37	VYNDAQEL	75	ZIRGAN	52
varenicline tablet	68,69	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	64
VERAPAMIL	74	XGEVA	30	ZTALMY	28
verapamil tablet	74	XHANCE	53	ZURZUVAE	21
VERKAZIA	53	XIFAXAN	5	ZYDELIG	13
VERQUOVO	75	XIGDUO	59	ZYKADIA	13
VERSACLOZ	21	XIIDRA	53	ZYLET	52
VERZENIO	12	XOFLUZA	35	ZYPREXA	21
vestura tablet	64	XOLAIR	80		
vienva tablet	64	XOSPATA	12		
vigabatrin packet	28	XPOVIO	12,13		
vigabatrin tablet	28	XTANDI	13		
vigadrone pow	28	xulane dis	64		
vigpoder pow	28	XURIDEN	29		
VIJOICE	12	YF-VAX	37		
vilazodone tablet	21	YONSA	13		
VIOKACE	77	yuvafem tablet	65		
VIRACEPT	35	zafirlukast tablet	80		
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		
VOXZOGO	31	zidovudine syrup	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

Esta formulario se actualizó el 01 de abril 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**.

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 19