

SelectHealth Medicare | 2023

Idaho Enhanced Formulary

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Esta formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2023.

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

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

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

Idaho

SelectHealth Medicare Enhanced (HMO) 008

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

El 1 de octubre al 31 marzo:

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

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

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

Esta página dejada en blanco intencionadamente

SelectHealth Medicare

Formulario para 2023

Lista de medicamentos cubiertos

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 23050 Versión 30

© 2023 SelectHealth. reservados todos los derechos. 2132835 12/23

Y0165_2132835_v30_C

Servicios de interpretación multilingüe

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

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

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

Chinese Mandarin: 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** 或活 畔 呼帕叔官佳鉅除 閨 彦詛匈 是一项免费服务。刈

Chinese Cantonese: 詛噤活猜畔琵虛差挢烏耿鯁抬 揮門俄營竣別崛克活猜違臥巷禎畔扞咭癩痠匈采壑 扞咭旅痠別燂敵躺刈 **1-855-442-9900** 匈活猜覺呼帕畔 佳笨菠臨閨崛詛違臥顧彥匈痠 嘸事蒲巷禎旅痠匈刈

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

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

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

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

Korean:

1-855-442-9900

가

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или 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 خدمت المترجم الفوري المجانية لإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-855-442-9900**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Qué es el Formulario de SelectHealth Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

En caso de cambios que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, SelectHealth puede hacer cambios a través de hojas de erratas que se le envían por correo. Además, puede visitar selecthealth.org/medicare para obtener un enlace a la hoja de erratas.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Afección médica

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

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cobertura para medicamentos con receta de SelectHealth Medicare, consulte la *Evidencia de cobertura* y otra documentación del plan.

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

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

Formulario de SelectHealth Medicare

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

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, ADVAIR y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, simvastatin).

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

La información incluida en la columna de **Requisitos/límites** indica si SelectHealth tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento.

- AP:** Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de que surta sus recetas.
- LC:** Limitamos la cantidad del medicamento cubierto en un periodo de tiempo específico.
- TE:** Requerimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica.
- BC:** Proporcionamos cobertura adicional de este medicamento recetado en la etapa sin cobertura. Consulte nuestra *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre esta cobertura.
- AL:** Este medicamento requiere una manipulación especial o tiene requisitos especiales de dispensación. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, o llame a Servicios para miembros al número gratuito **855-442-9900**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- NM:** Este medicamento no está disponible a través de nuestra farmacia de pedido por correo.
- IH:** Este medicamento recetado está cubierta bajo nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para miembros al **855-442-9900**, de lunes a viernes, de 7: a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- BvsD:** Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o Parte D del beneficio de Medicare.
- Ct:** 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>trimethoprim tablet 100mg</i>	1	NM
ANTIMYCOBACTERIALS		
<i>dapsone tablet 100mg</i>	2	NM
<i>dapsone tablet 25mg</i>	2	NM
<i>ethambutol tablet 100mg</i>	2	NM
<i>ethambutol tablet 400mg</i>	2	NM
<i>isoniazid tablet 100mg</i>	1	NM
<i>isoniazid tablet 300mg</i>	1	NM
PRETOMANID TABLET 200MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
PRIFTIN TABLET 150MG	4	LC; NM
LC 32 cada 28 dia(s)		
<i>pyrazinamide tablet 500mg</i>	2	NM
RIFABUTIN CAPSULE 150MG	2	NM
<i>rifampin capsule 150mg</i>	1	NM
<i>rifampin capsule 300mg</i>	1	NM
<i>rifampin injectable 600mg</i>	2	IH; NM
SIRTURO TABLET 100MG	5	LC; AP; NM
LC 188 cada 30 dia(s)		
SIRTURO TABLET 20MG	5	LC; AP; NM
LC 1050 cada 30 dia(s)		
TRECTOR TABLET 250MG	4	NM
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaq/progu tablet 250-100</i>	2	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>atovaq/progu tablet 62.5-25</i>	2	NM
<i>atovaquone suspension 750/5ml</i>	2	NM
BENZNIDAZOLE TABLET 100MG	4	LC; NM
LC 240 cada 365 dia(s)		
BENZNIDAZOLE TABLET 12.5MG	4	LC; NM
LC 720 cada 365 dia(s)		
<i>chloroquine tablet 250mg</i>	2	NM
<i>chloroquine tablet 500mg</i>	2	NM
COARTEM TABLET 20-120MG	4	LC; NM
LC 24 cada 30 dia(s)		
<i>hydroxychlor tablet 100mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 200mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 300mg</i>	1	NM
<i>hydroxychlor tablet 400mg</i>	1	NM
IMPAVIDO CAPSULE 50MG	4	LC; AP; NM
LC 84 cada 28 dia(s)		
KRINTAFEL TABLET 150MG	4	LC; NM
LC 4 cada 30 dia(s)		
LAMPIT TABLET 120MG	4	AP; NM
LAMPIT TABLET 30MG	4	AP; NM
<i>mefloquine tablet 250mg</i>	2	LC; NM
LC 5 cada 30 dia(s)		
<i>metronidazol capsule 375mg</i>	2	NM
<i>metronidazol injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>metronidazol tablet 250mg</i>	1	NM
<i>metronidazol tablet 500mg</i>	1	NM
<i>nitazoxanide tablet 500mg</i>	2	LC; NM
LC 20 cada 10 dia(s)		
<i>paromomycin capsule 250mg</i>	2	NM
<i>pentamidine inh 300mg</i>	2	BvsD; NM
<i>pentamidine injectable 300mg</i>	2	IH; NM
PRIMAQUINE TABLET 26.3MG	2	NM
<i>quinine sulf capsule 324mg</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>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>	1	NM
<i>amox/k clav suspension 250/5ml</i>	1	NM
<i>amox/k clav suspension 400/5ml</i>	1	NM
<i>amox/k clav suspension 600/5ml</i>	1	NM
<i>amox/k clav tablet 250-125</i>	1	NM
<i>amox/k clav tablet 500-125</i>	1	NM
<i>amox/k clav tablet 875-125</i>	1	NM
<i>amoxicillin capsule 250mg</i>	1	NM
<i>amoxicillin capsule 500mg</i>	1	NM
<i>amoxicillin chw 125mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin chw 250mg</i>	2	NM
<i>amoxicillin suspension 125/5ml</i>	1	NM
<i>amoxicillin suspension 200/5ml</i>	1	NM
<i>amoxicillin suspension 250/5ml</i>	1	NM
<i>amoxicillin suspension 400/5ml</i>	1	NM
<i>amoxicillin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>amoxicillin tablet 875mg</i>	1	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>	1	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>	1	IH; NM
AZITHROMYCIN POW 1GM	1	NM
PACKET		
<i>azithromycin suspension 100/5ml</i>	1	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AZITHROMYCIN SUSPENSION	1	NM
200/5ML		
<i>azithromycin tablet 250mg</i>	1	LC; NM
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>azithromycin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>azithromycin tablet 600mg</i>	1	NM
<i>aztreonam injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>aztreonam injectable 2gm</i>	2	IH; NM
BAXDELA INJECTABLE 300MG	5	LC; AP; IH; NM
LC 28 cada 14 dia(s)		
BAXDELA TABLET 450MG	5	LC; AP; NM
LC 28 cada 14 dia(s)		
BICILLIN C-R INJECTABLE	4	NM
1200000		
BICILLIN C-R INJECTABLE	4	NM
900/300		
BICILLIN L-A INJECTABLE	4	NM
1200000		
BICILLIN L-A INJECTABLE	4	NM
2400000		
BICILLIN L-A INJECTABLE	4	NM
600000		
CAYSTON INH 75MG	5	LC; AP; NM
LC 280 cada 30 dia(s)		
<i>cefaclor capsule 250mg</i>	1	NM
<i>cefaclor capsule 500mg</i>	1	NM
<i>cefaclor er tablet 500mg</i>	2	NM
<i>cefadroxil capsule 500mg</i>	1	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>	1	NM
<i>cefdinir suspension 125/5ml</i>	1	NM
<i>cefdinir suspension 250/5ml</i>	1	NM

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>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>cefpodo prox suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>cefpodo prox suspension 50mg/5ml</i>	2	NM
<i>cefpodoxime tablet 100mg</i>	2	NM
<i>cefpodoxime tablet 200mg</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefprozil tablet 500mg</i>	2	NM
<i>ceftazidime injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftazidime injectable 6gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 10gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 250mg</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 2gm</i>	2	IH; NM
<i>ceftriaxone injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 1.5gm</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime injectable 750mg</i>	2	IH; NM
<i>cefuroxime tablet 250mg</i>	2	NM
<i>cefuroxime tablet 500mg</i>	2	NM
<i>cephalexin capsule 250mg</i>	1	NM
<i>cephalexin capsule 500mg</i>	1	NM
<i>cephalexin suspension 125/5ml</i>	1	NM
<i>cephalexin suspension 250/5ml</i>	1	NM
<i>cephalexin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>cephalexin tablet 500mg</i>	1	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ciprofloxacin injectable 200mg</i>	2	IH; NM
<i>ciprofloxacin tablet 100mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>ciprofloxacin tablet 750mg</i>	1	NM
<i>clarithromyc suspension 125/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromyc suspension 250/5ml</i>	2	NM
<i>clarithromyc tablet 250mg</i>	1	NM
<i>clarithromyc tablet 500mg</i>	1	NM
<i>clarithromyc tablet 500mg er</i>	2	NM
<i>clindamcy/d5w injectable 300/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamcy/d5w injectable 600/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamcy/d5w injectable 900/50ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin capsule 150mg</i>	1	NM
<i>clindamycin capsule 300mg</i>	1	NM
<i>clindamycin capsule 75mg</i>	1	NM
<i>clindamycin injectable 300/2ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin injectable 600/4ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin injectable 900/6ml</i>	2	IH; NM
<i>clindamycin solution 75mg/5ml</i>	2	NM
<i>colistimeth injectable 150mg</i>	2	IH; NM
DALVANCE SOLUTION 500MG	4	AP; IH; NM
<i>daptomycin injectable 500mg</i> LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC; IH; NM
<i>daptomycin solution 350mg</i>	2	IH; NM
<i>dicloxacill capsule 250mg</i>	1	NM
<i>dicloxacill capsule 500mg</i>	1	NM
DIFICID SUSPENSION LC 100 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>erythrocine tablet 250mg</i>	3	NM
<i>erythrom eth suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>erythrom eth suspension 400/5ml</i>	2	
ERYTHROMYCIN CAPSULE 250MG EC	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	AP; IH; NM
<i>imipenem/cil injectable 500mg</i>	4	AP; IH; NM
<i>levoflox/d5w injectable 500/100m</i>	2	IH; NM
<i>levoflox/d5w injectable 750/150</i>	2	IH; NM
<i>levofloxacin tablet 250mg</i>	1	NM
<i>levofloxacin tablet 500mg</i>	1	NM
<i>levofloxacin tablet 750mg</i>	1	NM
<i>linezolid injectable 2mg/ml</i>	2	IH; NM
<i>linezolid suspension 100/5ml</i>	2	NM
<i>linezolid tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>meropenem injectable 1gm</i>	2	IH; NM
<i>meropenem injectable 500mg</i>	2	IH; NM
<i>minocycline capsule 100mg</i>	2	NM
<i>minocycline capsule 50mg</i>	2	NM
<i>minocycline capsule 75mg</i>	2	NM
<i>nafcillin injectable 10gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>nafcillin injectable 1gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>nafcillin injectable 2gm</i>	2	AP; IH; NM
<i>neomycin tablet 500mg</i>	2	NM
NUZYRA INJECTABLE 100MG LC 15 cada 14 dia(s)	4	LC; AP; IH; NM
NUZYRA TABLET 150MG LC 30 cada 14 dia(s)	4	LC; AP; NM
<i>ofloxacin tablet 300mg</i>	2	NM
<i>ofloxacin tablet 400mg</i>	2	NM
<i>pen g sodium injectable 5000000</i>	2	IH; NM
PEN GK/DEXTR INJECTABLE 40000/ML	2	IH; NM

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

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

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

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
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>	1	NM
<i>penicilln vk tablet 500mg</i>	1	NM
<i>piper/tazoba injectable 2-0.25gm</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 3-0.375g</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 36-4.5gm</i>	2	IH; NM
<i>piper/tazoba injectable 4-0.5gm</i>	2	IH; NM
SIVEXTRO INJECTABLE 200MG LC 6 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; IH; NM
SIVEXTRO TABLET 200MG LC 6 cada 30 dia(s)	4	LC; AP; NM
<i>smz-tmp suspension 200-40/5</i>	1	NM
<i>smz-tmp tablet 400-80mg</i>	1	NM
<i>smz/tmp ds tablet 800-160</i>	1	NM
<i>streptomycin injectable 1gm</i>	2	BvsD; NM
<i>sulfadiazine tablet 500mg</i>	2	NM
<i>sulfasalazin tablet 500mg</i>	2	NM
SULFASALAZIN TABLET 500MG DR	2	NM
<i>suprax chw 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>suprax chw 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>suprax suspension 200/5ml</i>	4	NM
SUPRAX SUSPENSION 500/5ML	4	NM
TEFLARO INJECTABLE 400MG	4	AP; IH; NM
TEFLARO INJECTABLE 600MG	4	AP; IH; NM
<i>tetracycline capsule 250mg</i>	2	NM
<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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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
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

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

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

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

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>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
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

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

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

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

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

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
IMBRUVICA CAPSULE 140MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA CAPSULE 70MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA SUSPENSION 70MG/ML LC 180 mililitro(s) cada 30 día(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 140MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 280MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
IMBRUVICA TABLET 420MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
INLYTA TABLET 1MG LC 600 cada 30 día(s)	5	LC; AP
INLYTA TABLET 5MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
INQOVI TABLET 35-100MG LC 5 cada 28 día(s)	5	LC; AP
INREBIC CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 10MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 15MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 20MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 25MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAKAFI TABLET 5MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAYPIRCA TABLET 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
JAYPIRCA TABLET 50MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
KISQALI TABLET 200DOSE LC 63 cada 28 día(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KISQALI TABLET 400DOSE LC 63 cada 28 día(s)	5	LC; AP
KISQALI TABLET 600DOSE LC 63 cada 28 día(s)	5	LC; AP
KOSELUGO CAPSULE 10MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
KOSELUGO CAPSULE 25MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
KRAZATI TABLET 200MG LC 180 cada 30 día(s)	5	LC; AP
<i>lapatinib tablet 250mg</i> LC 180 cada 30 día(s)	5	LC; AP
<i>lenalidomide capsule 10mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 15mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 2.5mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 20mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 25mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
<i>lenalidomide capsule 5mg</i> LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP; AL
LENVIMA CAPSULE 10MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 12MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 14MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 18MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 20MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 24MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
LENVIMA CAPSULE 4MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methotrexate injectable 50mg/2ml</i>	2	BvsD
<i>methotrexate tablet 2.5mg</i>	2	
NERLYNX TABLET 40MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nilutamide tablet 150mg</i>	5	
NINLARO CAPSULE 2.3MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NINLARO CAPSULE 3MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NINLARO CAPSULE 4MG LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUBEQA TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ODOMZO CAPSULE 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
OJJAARA TABLET 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OJJAARA TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OJJAARA TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ONUREG TABLET 200MG LC 14 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ONUREG TABLET 300MG LC 14 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORSERDU TABLET 345MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORSERDU TABLET 86MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PEMAZYRE TABLET 13.5MG	5	AP
PEMAZYRE TABLET 4.5MG	5	AP
PEMAZYRE TABLET 9MG	5	AP
PIQRAY 200MG TABLET DOSE LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PIQRAY 250MG TABLET DOSE LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

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

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

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
PIQRAY 300MG TABLET DOSE LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 1MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 2MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 3MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
POMALYST CAPSULE 4MG LC 21 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PURIXAN SUSPENSION 20MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
QINLOCK TABLET 50MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RASUVO INJECTABLE 10MG LC 0.80 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 12.5MG LC 1 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 15MG LC 1.20 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
RASUVO INJECTABLE 17.5MG LC 1.40 cada 28 dia(s)	3	LC; TE
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
REVLIMID CAPSULE 15MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 2.5MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 20MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 25MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REVLIMID CAPSULE 5MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP; AL
REZLIDHIA CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ROZLYTREK CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ROZLYTREK CAPSULE 200MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RUBRACA TABLET 300MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

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

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

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

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
SPRYCEL TABLET 70MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SPRYCEL TABLET 80MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
STIVARGA TABLET 40MG LC 84 cada 21 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 12.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 37.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>sunitinib capsule 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYNRIBO INJECTABLE 3.5MG	5	AP
TABLOID TABLET 40MG	4	
TABRECTA TABLET 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TABRECTA TABLET 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAFINLAR CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
TALZENNA CAPSULE 0.75MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TALZENNA CAPSULE 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 150MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 200MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TASIGNA CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAZVERIK TABLET 200MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TEPMETKO TABLET 225MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TIBSOVO TABLET 250MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>tretinoin capsule 10mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>trexall tablet 10mg</i>	3	
<i>trexall tablet 15mg</i>	3	
<i>trexall tablet 5mg</i>	3	
<i>trexall tablet 7.5mg</i>	3	
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

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

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

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

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
VENCLEXTA TABLET START PK LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 150MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 200MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VERZENIO TABLET 50MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VIJOICE TABLET 125MG LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP
VIJOICE TABLET 250MG LC 56 cada 28 día(s)	5	LC; AP
VIJOICE TABLET 50MG LC 28 cada 28 día(s)	5	LC; AP
VITRAKVI CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VITRAKVI CAPSULE 25MG LC 180 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VITRAKVI SOLUTION 20MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 día(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 15MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 30MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VIZIMPRO TABLET 45MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VONJO CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VOTRIENT TABLET 200MG	5	AP
WELIREG TABLET 40MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 200MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP
XALKORI CAPSULE 250MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
XOSPATA TABLET 40MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 40MG LC 4 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 40MG LC 8 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 40MG LC 8 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 50MG LC 8 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 60MG LC 24 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 60MG LC 4 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XPOVIO PACKET 80MG LC 32 cada 28 día(s)	5	LC; AP
XTANDI CAPSULE 40MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
XTANDI TABLET 40MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
XTANDI TABLET 80MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
YONSA TABLET 125MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZEJULA CAPSULE 100MG LC 90 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 100MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 200MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZEJULA TABLET 300MG LC 30 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZELBORAF TABLET 240MG LC 240 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZOLINZA CAPSULE 100MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
ZYDELIG TABLET 100MG LC 60 cada 30 día(s)	5	LC; AP

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZYDELIG TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZYKADIA TABLET 150MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AGENTES DE LA PIEL Y MEMBRANAS MUCOSAS		
DEPIGMENTING AND PIGMENTING AGENTS		
<i>methoxsalen capsule 10mg</i>	5	
ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS		
<i>hc pramoxine cre 1-1%</i>	2	
<i>lido/prilocn cre 2.5-2.5%</i>	2	
<i>lidocaine oin 5%</i>	2	
<i>lidocaine pad 5%</i>	2	AP
<i>lidocaine solution 2% visc</i>	2	
<i>lidocaine solution 4%</i>	2	
CELL STIMULANTS AND PROLIFERANTS		
ALTRENO LOT 0.05% LC 45 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>tretinoin cre 0.025%</i>	1	
<i>tretinoin cre 0.05%</i>	1	
<i>tretinoin cre 0.1%</i>	1	
<i>tretinoin gel 0.01%</i>	1	
<i>tretinoin gel 0.025%</i>	1	
TRETINOIN GEL 0.04%	2	TE
TRETINOIN GEL 0.05%	2	TE
TRETINOIN GEL 0.1%	2	TE
AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
ANTIMANIC AGENTS		
<i>lithium solution 8meq/5ml</i>	2	
<i>lithium carb capsule 150mg</i>	1	
<i>lithium carb capsule 300mg</i>	1	
LITHIUM CARB CAPSULE 600MG	1	
LITHIUM CARB TABLET 300MG	1	
<i>lithium carb tablet 300mg er</i>	1	
<i>lithium carb tablet 450mg er</i>	1	
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AIMOVIG INJECTABLE 140MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
AIMOVIG INJECTABLE 70MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	4	LC; AP
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 90 dia(s)	3	LC; AP
AJOVY INJECTABLE 225/1.5 LC 4.50 cada 90 dia(s)	3	LC; AP
<i>eletriptan tablet 20mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>eletriptan tablet 40mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
EMGALITY INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
EMGALITY INJECTABLE 120MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
EMGALITY INJECTABLE 120MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; AP
FROVATRIPTAN TABLET 2.5MG LC 12 cada 30 dia(s)	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 18 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
QULIPTA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
QULIPTA TABLET 30MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
QULIPTA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
REYVOW TABLET 100MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; AP

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

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

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

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
REYVOW TABLET 50MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>rizatriptan tablet 10mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 10mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rizatriptan tablet 5mg odt</i> LC 18 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>sumatriptan injectable 4mg/0.5</i> LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
SUMATRIPTAN INJECTABLE 4MG/0.5 LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>sumatriptan injectable 6mg/0.5</i> LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
SUMATRIPTAN INJECTABLE 6MG/0.5 LC 4 cada 30 dia(s)	2	LC
<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)	1	LC
<i>sumatriptan tablet 25mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>sumatriptan tablet 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	1	LC
UBRELVY TABLET 100MG LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
UBRELVY TABLET 50MG LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC; AP
ZOLMITRIPTAN SPR 5MG LC 8 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 2.5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 5mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolmitriptan tablet 5mg odt</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC
ZOMIG SPR 2.5MG LC 8 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ANTIPARKINSONIAN AGENTS (CNS)		
OSMOLEX ER TABLET 193MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.375 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.75 er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 1.5mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 2.25 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3.75 er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 3mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>pramipexole tablet 4.5mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
FIBROMYALGIA AGENTS		
SAVELLA MIS TITR PACKET LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 12.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SAVELLA TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE

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

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

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

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
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
ABILIFY ASIM INJECTABLE 720MG	5	LC
LC 2.40 cada 56 dia(s)		
ABILIFY ASIM INJECTABLE 960MG	5	LC
LC 3.20 cada 56 dia(s)		
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG	5	LC
LC 2 cada 28 dia(s)		
ABILIFY MAIN INJECTABLE 300MG	5	LC
LC 2 cada 28 dia(s)		
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG	5	LC
LC 2 cada 28 dia(s)		
ABILIFY MAIN INJECTABLE 400MG	5	LC
LC 2 cada 28 dia(s)		
<i>amitriptylin tablet 100mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 10mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 150mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 25mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 50mg</i>	1	
<i>amitriptylin tablet 75mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 100mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 150mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 25mg</i>	1	
<i>amoxapine tablet 50mg</i>	1	
APLENZIN TABLET 174MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
APLENZIN TABLET 348MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
APLENZIN TABLET 522MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>aripiprazole solution 1mg/ml</i>	2	LC
LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>aripiprazole tablet 10mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 10mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>aripiprazole tablet 15mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 15mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>aripiprazole tablet 20mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 2mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 30mg</i>	1	
<i>aripiprazole tablet 5mg</i>	1	
ARISTADA INJECTABLE 1064MG	5	LC; TE
LC 3.90 cada 28 dia(s)		
ARISTADA INJECTABLE 441MG/1.	5	LC; TE
LC 1.60 cada 28 dia(s)		
ARISTADA INJECTABLE 662MG/2	5	LC; TE
LC 2.40 cada 28 dia(s)		
ARISTADA INJECTABLE 882MG/3	5	LC; TE
LC 3.20 cada 28 dia(s)		
ARISTADA INJECTABLE INITIO	5	LC; TE
LC 2.40 cada 28 dia(s)		
ASENAPINE SUB 10MG	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>asenapine sub 2.5mg</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
ASENAPINE SUB 5MG	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
AUVELITY TABLET 45-105MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>bupropion tablet 100mg</i>	1	
<i>bupropion tablet 100mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 150mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 200mg sr</i>	1	
<i>bupropion tablet 75mg</i>	1	
<i>bupropn hcl tablet 150mg xl</i>	1	
<i>bupropn hcl tablet 300mg xl</i>	1	

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

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

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

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
CAPLYTA CAPSULE 10.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPLYTA CAPSULE 21MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAPLYTA CAPSULE 42MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>chlorpromaz tablet 100mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 10mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 200mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 25mg</i>	1	
<i>chlorpromaz tablet 50mg</i>	1	
<i>chlorpromazi con 100mg/ml</i>	2	
<i>chlorpromazi con 30mg/ml</i>	2	
CITALOPRAM CAPSULE 30MG	2	
<i>citalopram solution 10mg/5ml</i>	2	
<i>citalopram tablet 10mg</i>	1	
<i>citalopram tablet 20mg</i>	1	
<i>citalopram tablet 40mg</i>	1	
<i>clomipramine capsule 25mg</i>	2	TE
<i>clomipramine capsule 50mg</i>	2	TE
<i>clomipramine capsule 75mg</i>	2	TE
<i>clozapine tablet 100/odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 12.5/odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 150/odt</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 200/odt</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 200mg</i> LC 135 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>clozapine tablet 25mg odt</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>clozapine tablet 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>compro sup 25mg</i>	2	
<i>desipramine tablet 100mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 10mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 150mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 25mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 50mg</i>	1	
<i>desipramine tablet 75mg</i>	1	
DESVENLAFAX TABLET 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>desvenlafax tablet 100mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>desvenlafax tablet 25mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
DESVENLAFAX TABLET 50MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>desvenlafax tablet 50mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>doxepin hcl capsule 100mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 10mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 150mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 25mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 50mg</i>	1	
<i>doxepin hcl capsule 75mg</i>	1	
<i>doxepin hcl con 10mg/ml</i>	1	
<i>duloxetine capsule 20mg</i>	1	
<i>duloxetine capsule 30mg</i>	1	
<i>duloxetine capsule 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>duloxetine capsule 60mg</i>	1	
EMSAM DIS 12MG/24H LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
EMSAM DIS 6MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE

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

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

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

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
EMSAM DIS 9MG/24HR	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>escitalopram solution 5mg/5ml</i>	1	
<i>escitalopram tablet 10mg</i>	1	
<i>escitalopram tablet 20mg</i>	1	
<i>escitalopram tablet 5mg</i>	1	
FANAPT PACKET	4	LC; AP
LC 8 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 10MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 12MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 1MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 2MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 4MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 6MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FANAPT TABLET 8MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
FETZIMA CAPSULE 120MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
FETZIMA CAPSULE 20MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
FETZIMA CAPSULE 40MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
FETZIMA CAPSULE 80MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
FETZIMA CAPSULE TITRATIO	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fluoxetine capsule 10mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 20mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 40mg</i>	1	
<i>fluoxetine capsule 90mg dr</i>	2	LC
LC 4 cada 28 dia(s)		

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

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

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

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

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>haloperidol tablet 5mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 10mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 25mg</i>	1	
<i>imipram hcl tablet 50mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 100mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 125mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 150mg</i>	1	
<i>imipram pam capsule 75mg</i>	1	
INVEGA HAFYE INJECTABLE 1092MG LC 3.50 cada 180 dia(s)	5	LC
INVEGA HAFYE INJECTABLE 1560MG LC 5 cada 180 dia(s)	5	LC
INVEGA SUST INJECTABLE 117/0.75	5	
INVEGA SUST INJECTABLE 156MG/ML	5	
INVEGA SUST INJECTABLE 234/1.5	5	
INVEGA SUST INJECTABLE 39/0.25	4	
INVEGA SUST INJECTABLE 78/0.5ML	5	
INVEGA TRINZ INJECTABLE 273MG LC 0.8750 cada 90 dia(s)	5	LC
INVEGA TRINZ INJECTABLE 410MG LC 1.3150 cada 90 dia(s)	5	LC
INVEGA TRINZ INJECTABLE 546MG LC 1.75 cada 90 dia(s)	5	LC
INVEGA TRINZ INJECTABLE 819MG LC 2.6250 cada 90 dia(s)	5	LC
<i>loxapine capsule 10mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>loxapine capsule 25mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 50mg</i>	1	
<i>loxapine capsule 5mg</i>	1	
<i>lurasidone tablet 120mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lurasidone tablet 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lurasidone tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lurasidone tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lurasidone tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
LYBALVI TABLET 10-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
LYBALVI TABLET 15-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
LYBALVI TABLET 20-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
LYBALVI TABLET 5-10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
MARPLAN TABLET 10MG	4	
<i>mirtazapine tablet 15mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 15mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>mirtazapine tablet 30mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 30mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>mirtazapine tablet 45mg</i>	1	
<i>mirtazapine tablet 45mg odt</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>mirtazapine tablet 7.5mg</i>	1	
<i>molindone tablet hcl 10mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>molindone tablet hcl 25mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>molindone tablet hcl 5mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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

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>nefazodone tablet 100mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 150mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 200mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 250mg</i>	1	
<i>nefazodone tablet 50mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 10mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 25mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 50mg</i>	1	
<i>nortriptylin capsule 75mg</i>	1	
<i>nortriptylin solution 10mg/5ml</i>	1	
NUPLAZID CAPSULE 34MG	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>	1	
<i>olanzapine tablet 10mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 15mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 15mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 20mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 20mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 5mg</i>	1	
<i>olanzapine tablet 5mg odt</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>olanzapine tablet 7.5mg</i>	1	
<i>paliperidone tablet er 1.5mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>paliperidone tablet er 3mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>paliperidone tablet er 6mg</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>paliperidone tablet er 9mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>paroxetin er tablet 12.5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>paroxetin er tablet 37.5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>paroxetine suspension 10mg/5ml</i>	1	LC
LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>paroxetine tablet 10mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 20mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 25mg er</i>	1	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>paroxetine tablet 30mg</i>	1	
<i>paroxetine tablet 40mg</i>	1	
PAXIL SUSPENSION 10MG/5ML	4	
<i>perphenazine tablet 16mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 2mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 4mg</i>	1	
<i>perphenazine tablet 8mg</i>	1	
PERSERIS INJECTABLE 120MG	5	LC; BvsD
LC 1 cada 30 dia(s)		
PERSERIS INJECTABLE 90MG	5	LC; BvsD
LC 1 cada 30 dia(s)		
PHENELZINE TABLET 15MG	1	
<i>pimozide tablet 1mg</i>	2	LC
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>pimozide tablet 2mg</i>	2	LC
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>prochlorper sup 25mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 10mg</i>	2	
<i>prochlorper tablet 5mg</i>	2	
<i>protriptylin tablet 10mg</i>	1	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>risperidone tablet 1mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 1mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>risperidone tablet 2mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 2mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>risperidone tablet 3mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 3mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>risperidone tablet 4mg</i>	1	
<i>risperidone tablet 4mg odt</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
SECUADO DIS 3.8MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
SECUADO DIS 5.7MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
SECUADO DIS 7.6MG	5	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>sertraline con 20mg/ml</i>	1	LC
LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>sertraline tablet 100mg</i>	1	
<i>sertraline tablet 25mg</i>	1	
<i>sertraline tablet 50mg</i>	1	
<i>thioridazine tablet 100mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 10mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 25mg</i>	1	AP
<i>thioridazine tablet 50mg</i>	1	AP
<i>thiothixene capsule 10mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 1mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 2mg</i>	2	
<i>thiothixene capsule 5mg</i>	2	
<i>tranylcyprom tablet 10mg</i>	2	
<i>trazodone tablet 100mg</i>	1	
<i>trazodone tablet 150mg</i>	1	
<i>trazodone tablet 50mg</i>	1	
<i>trifluoperaz tablet 10mg</i>	2	

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

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

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

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>trifluoperaz tablet 1mg</i>	2	
<i>trifluoperaz tablet 2mg</i>	2	
<i>trifluoperaz tablet 5mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 100mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 25mg</i>	2	
<i>trimipramine capsule 50mg</i>	2	
TRINTELLIX TABLET 10MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
TRINTELLIX TABLET 20MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
TRINTELLIX TABLET 5MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 100MG	5	LC
LC 0.28 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 125MG	5	LC
LC 0.35 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 150MG	5	LC
LC 0.42 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 200MG	5	LC
LC 0.56 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 250MG	5	LC
LC 0.70 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 50MG	5	LC
LC 0.14 cada 28 dia(s)		
UZEDY INJECTABLE 75MG	5	LC
LC 0.21 cada 28 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 150mg er</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 37.5 er</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine capsule 75mg er</i>	1	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine tablet 100mg</i>	1	
VENLAFAXINE TABLET 112.5MG	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>venlafaxine tablet 25mg</i>	1	
<i>venlafaxine tablet 37.5mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>venlafaxine tablet 50mg</i>	1	
<i>venlafaxine tablet 75mg</i>	1	
VERSACLOZ SUSPENSION	5	LC; AP
50MG/ML		
LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
VIIBRYD KIT STARTER	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 10mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 20mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>vilazodone tablet 40mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 1.5-3MG	4	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 1.5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 3MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 4.5MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VRAYLAR CAPSULE 6MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ziprasidone capsule 20mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 40mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 60mg</i>	1	
<i>ziprasidone capsule 80mg</i>	1	
<i>ziprasidone injectable 20mg</i>	1	
ZYPREXA RELP INJECTABLE	4	BvsD
210MG		
ANALGESICS AND ANTIPYRETICS		
<i>apap/codeine tablet</i>	1	LC; NM
300-15mg		
LC 390 cada 30 dia(s)		
<i>apap/codeine tablet</i>	1	LC; NM
300-30mg		
LC 390 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>apap/codeine tablet 300-60mg</i> LC 390 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
BELBUCA MIS 150MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 300MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 450MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 600MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 750MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 75MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BELBUCA MIS 900MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 12-3mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 2-0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 4-1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox mis 8-2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox sub 2-0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>bupren/nalox sub 8-2mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 10MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 15MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 20MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 5MCG/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM
BUPRENORPHIN DIS 7.5/HR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>buprenorphin sub 2mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>buprenorphin sub 8mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>butorphanol solution</i> 10mg/ml LC 25 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>celecoxib capsule 100mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 200mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>celecoxib capsule 50mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
CODEINE SULF TABLET 15MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
CODEINE SULF TABLET 30MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
CODEINE SULF TABLET 60MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>diclofen pot tablet 50mg</i>	1	
<i>diclofenac pow 50mg</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>diclofenac tablet 100mg er</i>	1	
<i>diclofenac tablet 25mg dr</i>	1	
<i>diclofenac tablet 50mg dr</i>	1	
<i>diclofenac tablet 75mg dr</i>	1	
<i>diflunisal tablet 500mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>endocet tablet 10-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>endocet tablet 2.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>endocet tablet 5-325mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>endocet tablet 7.5-325</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; NM

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>etodolac capsule 200mg</i>	1	
<i>etodolac capsule 300mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 400mg</i>	1	
<i>etodolac tablet 500mg</i>	1	
<i>etodolac er tablet 400mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>etodolac er tablet 500mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>etodolac er tablet 600mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
FENOPROFEN CAPSULE 400MG	2	
<i>fenoprofen tablet 600mg</i>	2	
<i>fentanyl dis 100mcg/h</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 12mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 25mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 50mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>fentanyl dis 75mcg/hr</i> LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
FENTANYL CIT TABLET 100MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 400MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FENTANYL CIT TABLET 800MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FENTANYL OT LOZ 1200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 1600MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP; NM
FENTANYL OT LOZ 200MCG LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC; AP; NM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ZUBSOLV SUB 1.4-0.36 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 11.4-2.9 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 2.9-0.71 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 5.7-1.4 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
ZUBSOLV SUB 8.6-2.1 LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
OPIATE ANTAGONISTS		
KLOXXADO SPR 8MG LC 7 cada 70 dia(s)	3	LC
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i> LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone injectable 0.4mg/ml</i> LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone injectable 1mg/ml</i> LC 2 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naloxone hcl spr 4mg</i> LC 2 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>naltrexone tablet 50mg</i>	2	
ZIMHI SOLUTION LC 2 cada 30 dia(s)	3	LC
ANTICONSULSANTS		
APTOM TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 400MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
APTOM TABLET 800MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
BRIVACT SOLUTION 10MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVACT TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BRIVACT TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVACT TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVACT TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
BRIVACT TABLET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 100MG ER LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 200MG ER LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
CARBAMAZEPIN CAPSULE 300MG ER LC 150 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin chw 100mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carbamazepin suspension</i> 100/5ml LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 100mger</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 200mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carbamazepin tablet 200mg er</i> LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>carbamazepin tablet 400mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clobazam suspension</i> 2.5mg/ml LC 480 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clobazam 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
<i>clobazam tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 0.125mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 0.25mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 0.5mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 1mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazep odt tablet 2mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 0.5mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 1mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>clonazepam tablet 2mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	2	LC
DIACOMIT CAPSULE 250MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT CAPSULE 500MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT PACKET 250MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
DIACOMIT PACKET 500MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>dilantin capsule 100mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>dilantin capsule 30mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>dilantin chw 50mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	4	LC
DILANTIN-125 SUSPENSION 125/5ML LC 750 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC
<i>divalproex capsule 125mg</i> LC 1080 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>divalproex tablet 125mg dr</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 250mg dr</i> LC 510 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 250mg er</i> LC 510 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 500mg dr</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>divalproex tablet 500mg er</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
EPIDIOLEX SOLUTION 100MG/ML LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>epitol tablet 200mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
EPRONTIA SOLUTION 25MG/ML LC 480 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC
EQUETRO CAPSULE 100MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
EQUETRO CAPSULE 200MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
EQUETRO CAPSULE 300MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>ethosuximide capsule 250mg</i> 250/5ml LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	
<i>ethosuximide solution</i> 250/5ml LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>felbamate suspension</i> 600/5ml LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>felbamate tablet 400mg</i> LC 270 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>felbamate tablet 600mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
FINTEPLA SOLUTION 2.2MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
FYCOMPA SUSPENSION 0.5MG/ML LC 720 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 12MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
FYCOMPA TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 6MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
FYCOMPA TABLET 8MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
<i>gabapentin capsule 100mg</i> LC 960 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin capsule 300mg</i> LC 330 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin capsule 400mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin solution 250/5ml</i> LC 2160 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin tablet 600mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gabapentin tablet 800mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lacosamide solution 10mg/ml</i> LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lacosamide tablet 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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

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

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>lamotrigine tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lamotrigine tablet 200mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 250mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lamotrigine tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	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 100mg/ml</i> LC 900 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 250mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 750mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>levetiraceta tablet 750mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
MAGNESIUM SU INJECTABLE 50%	2	IH
<i>magnesium su injectable 50%</i>	2	IH
<i>methsuximide capsule 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>oxcarbazepin suspension</i> 300mg/5m LC 1200 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxcarbazepin tablet 150mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxcarbazepin tablet 300mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxcarbazepin tablet 600mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin chw 50mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin suspension</i> 125/5ml LC 750 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
<i>phenytoin ex capsule 100mg</i> LC 300 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin ex capsule 200mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>phenytoin ex capsule 300mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pregabalin capsule 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 150mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 225mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 25mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pregabalin capsule 75mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>topiramate capsule 25mg</i> LC 480 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>topiramate tablet 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>topiramate tablet 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>valproic acid capsule 250mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>valproic acid solution 250/5ml</i> LC 3000 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>vigabatrin packet 500mg</i> LC 9000 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>vigabatrin tablet 500mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>vigadrone pow 500mg</i> LC 9000 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIMPAT SOLUTION 10MG/ML LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
VIMPAT TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC
XCOPRI PACKET 100-150 LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 12.5-25 LC 28 cada 28 dia(s)	4	LC
XCOPRI PACKET 150-200 LC 28 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
XCOPRI PACKET 150-200 LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI PACKET 50-100MG LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
XCOPRI TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
ZONISADE SUSPENSION 100MG/5	5	AP
<i>zonisamide capsule 100mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zonisamide capsule 25mg</i> LC 720 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zonisamide capsule 50mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
ZTALMY SUSPENSION 50MG/ML LC 1080 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
<i>azel/flutic spr 137-50</i> LC 23 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cromolyn sod neb 20mg/2ml</i>	2	BvsD
RESPIRATORY TRACT AGENTS, MISCELLANEOUS		
ARALAST NP INJECTABLE 1000MG	5	AP
GLASSIA INJECTABLE	5	AP
PROLASTIN-C INJECTABLE 1000MG	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 150MG/ML	5	AP
XOLAIR INJECTABLE 75/0.5	5	AP
XOLAIR SOLUTION 150MG	5	AP
ZEMAIRA INJECTABLE 1000MG	5	AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
MUCOLYTIC AGENTS		
PULMOZYME SOLUTION 1MG/ML LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; BvsD
PHOSPHODIESTERASE TYPE 4 INHIBITORS		
<i>roflumilast tablet 250mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>roflumilast tablet 500mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol tablet 100mg</i>	1	
<i>allopurinol tablet 300mg</i>	1	
COLCHICINE CAPSULE 0.6MG 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
<i>proben/colch tablet 500-0.5</i>	1	
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS		
ASTAGRAF XL CAPSULE 0.5MG	4	BvsD
ASTAGRAF XL CAPSULE 1MG	4	BvsD
ASTAGRAF XL CAPSULE 5MG	4	BvsD
<i>azathioprine tablet 100mg</i>	1	BvsD
<i>azathioprine tablet 50mg</i>	1	BvsD
<i>azathioprine tablet 75mg</i>	1	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

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

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

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

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>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
ENVARUS XR TABLET 0.75MG	4	BvsD; TE
ENVARUS XR TABLET 1MG	4	BvsD; TE
ENVARUS 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
MAVENCLAD PACKET 10MG(10) LC 40 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(4) LC 16 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(5) LC 20 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(6) LC 24 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(7) LC 28 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(8) LC 32 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
MAVENCLAD PACKET 10MG(9) LC 36 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
<i>mycophenolat capsule 250mg</i>	1	BvsD
<i>mycophenolat suspension</i> 200mg/ml	2	BvsD
<i>mycophenolat tablet 500mg</i>	1	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
SANDIMMUNE SOLUTION 100MG/ML	3	BvsD
<i>sirolimus solution 1mg/ml</i>	5	BvsD
<i>sirolimus tablet 0.5mg</i>	4	BvsD
<i>sirolimus tablet 1mg</i>	4	BvsD
<i>sirolimus tablet 2mg</i>	5	BvsD
<i>tacrolimus capsule 0.5mg</i>	1	BvsD
<i>tacrolimus capsule 1mg</i>	1	BvsD
<i>tacrolimus capsule 5mg</i>	1	BvsD
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON CAPSULE 100MG	4	
MESNEX TABLET 400MG	5	
ANTIDOTES		
<i>acetylcyst solution 10%</i>	2	BvsD
<i>acetylcyst solution 20%</i>	2	BvsD
<i>leucovor ca tablet 10mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 15mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 25mg</i>	1	
<i>leucovor ca tablet 5mg</i>	1	
XURIDEN POW 2GM LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>disulfiram tablet 250mg</i>	2	
<i>disulfiram tablet 500mg</i>	2	
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
<i>dutast/tamsu capsule 0.5-0.4</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>dutasteride capsule 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>alendronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	1	LC
<i>alendronate tablet 70mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	1	LC
<i>ibandronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 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
PROLIA INJECTABLE 60MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 180 dia(s)	4	LC; BvsD
RISEDRON SOD TABLET 35MG DR LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 150mg</i> LC 1 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 4 cada 28 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 35mg</i> LC 12 cada 84 dia(s)	2	LC; TE
<i>risedronate tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
XGEVA INJECTABLE	5	AP
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA INJECTABLE 2000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HAEGARDA INJECTABLE 3000UNIT LC 16 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>icatibant injectable 30mg/3ml</i> LC 18 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLADEYO CAPSULE 110MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORLADEYO CAPSULE 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TAKHZYRO INJECTABLE 150MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
TAKHZYRO INJECTABLE 300/2ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
TAVNEOS CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ARCALYST INJECTABLE 220MG	5	AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>betaine anhy pow</i>	5	
CERDELGA CAPSULE 84MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CYSTAGON CAPSULE 150MG	4	AP
CYSTAGON CAPSULE 50MG	4	AP
<i>dalfampridin tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
ENDARI POW 5GM LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EVOTAZ TABLET 300-150 LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
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
<i>hc/acet acid solution otic</i>	2	
ISTURISA TABLET 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ISTURISA TABLET 1MG LC 240 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ISTURISA TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
METYROSINE CAPSULE 250MG	5	AP
<i>miglustat capsule 100mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nitisinone capsule 10mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>nitisinone capsule 20mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>nitisinone capsule 2mg</i> LC 600 cada 30 dia(s)	2	LC; AP

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

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

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

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 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
PREZCOBIX TABLET 800-150 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PYRUKYND TABLET 20MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 20MGX5MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 50MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 50MGX20M LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 5MG LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
PYRUKYND TABLET 5MG TP LC 56 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>sapropterin pow 100mg</i>	2	AP
<i>sapropterin pow 500mg</i>	2	AP
<i>sapropterin tablet 100mg</i>	2	AP
TYBOST TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
VOXZOGO INJECTABLE 0.4MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VOXZOGO INJECTABLE 0.56MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VOXZOGO INJECTABLE 1.2MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTAGONISTAS DE METAL PESADO		
HEAVY METAL ANTAGONISTS		
CHEMET CAPSULE 100MG	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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)	5	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 2700 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC
<i>penicillamin tablet 250mg</i>	2	
<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
<i>fluconazole suspension</i> 10mg/ml	2	NM
<i>fluconazole suspension</i> 40mg/ml	2	NM
<i>fluconazole tablet 100mg</i>	1	NM

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fluconazole tablet 150mg</i>	1	NM
<i>fluconazole tablet 200mg</i>	1	NM
<i>fluconazole tablet 50mg</i>	1	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>	1	NM
<i>miconazole injectable 100mg</i>	2	BvsD
<i>miconazole injectable 50mg</i>	2	BvsD
NOXAFIL PACKET 300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; NM
<i>nystatin suspension 100000</i>	2	NM
<i>nystatin tablet 500000</i>	1	NM
<i>posaconazole suspension</i> 40mg/ml	5	AP
<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)	1	LC; NM
VIVJOA CAPSULE 150MG LC 18 cada 365 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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ANTIVIRALS		
<i>abaca/lamivu tablet 600-300m</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>abacavir solution 20mg/ml</i>	4	NM
<i>abacavir tablet 300mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>acyclovir capsule 200mg</i>	1	NM
<i>acyclovir suspension 200/5ml</i>	2	NM
<i>acyclovir tablet 400mg</i>	1	NM
<i>acyclovir tablet 800mg</i>	1	NM
<i>acyclovir na injectable</i> 50mg/ml	2	IH; NM
<i>adefov dipiv tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
APTIVUS CAPSULE 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>atazanavir capsule 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>atazanavir capsule 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>atazanavir capsule 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
BARACLUDE SOLUTION	4	NM
BIKTARVY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
BIKTARVY TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
CIMDUO TABLET 300-300 LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
COMPLERA TABLET	5	NM
<i>darunavir tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>darunavir tablet 800mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DELSTRIGO TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DESCOVY TABLET 120-15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM

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

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

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

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
DESCOVY TABLET 200/25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
DOVATO TABLET 50-300MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
EDURANT TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>efavir/emtri tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavir/lamiv tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavir/lamiv tablet tenofovi</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>efavirenz capsule 200mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>efavirenz capsule 50mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>efavirenz tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 100-150</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 133-200</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/ten df tablet 167-250</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtr/tenofov tablet 200-300</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>emtricitabin capsule 200mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
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
<i>famciclovir tablet 125mg</i>	1	NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>famciclovir tablet 250mg</i>	1	NM
<i>famciclovir tablet 500mg</i>	1	NM
<i>fosamprenavi tablet 700mg</i>	4	NM
FUZEON INJECTABLE 90MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
GENVOYA TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
INTELENCE TABLET 25MG	4	NM
ISENTRESS CHW 100MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS CHW 25MG LC 180 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
ISENTRESS POW 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS TABLET 400MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
ISENTRESS HD TABLET 600MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
JULUCA TABLET 50-25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>lamivud/zido tablet 150-300</i>	4	NM
<i>lamivudine solution 10mg/ml</i>	4	NM
<i>lamivudine tablet 100mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>lamivudine tablet 150mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
<i>lamivudine tablet 300mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
LEDIP-SOFOSB TABLET 90-400MG LC 168 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
LEXIVA SUSPENSION 50MG/ML	4	NM
LIVTENCITY TABLET 200MG LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>lopin/riton solution 80-20/ml</i> LC 390 mililitro(s) cada 30 dia(s)	4	LC; NM

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

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

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

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>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
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 6mg/ml</i> LC 525 mililitro(s) cada 180 dia(s)	2	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PREVYMIS TABLET 480MG LC 100 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
PREZISTA SUSPENSION 100MG/ML LC 360 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREZISTA TABLET 150MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
PREZISTA TABLET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
RELENZA MIS DISKHALE LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
REYATAZ POW 50MG LC 240 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
<i>ribavirin capsule 200mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ribavirin tablet 200mg</i> LC 210 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
<i>ritonavir tablet 100mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
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

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

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

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

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
SUNLENCA TABLET 300MG LC 4 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
SUNLENCA TABLET 300MG LC 5 cada 180 dia(s)	5	LC; NM
SYMTUZA TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
<i>tenofovir tablet 300mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; NM
TIVICAY TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; NM
TIVICAY TABLET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TIVICAY TABLET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
TIVICAY PD TABLET 5MG LC 180 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
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)	1	LC; NM
<i>valacyclovir tablet 500mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC; NM
<i>valganciclov solution 50mg/ml</i>	2	NM
<i>valganciclov tablet 450mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC; NM
VEMLIDY TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VIRACEPT TABLET 250MG	5	NM
VIRACEPT TABLET 625MG	5	NM
VIREAD POW 40MG/GM	5	NM
VIREAD TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VIREAD TABLET 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
VIREAD TABLET 250MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; NM
VOSEVI TABLET LC 28 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
XOFLUZA TABLET 40MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
XOFLUZA TABLET 80MG LC 4 cada 365 dia(s)	4	LC; NM
<i>zidovudine capsule 100mg</i>	4	NM
<i>zidovudine syrup 50mg/5ml</i>	4	NM
<i>zidovudine tablet 300mg</i>	4	NM
ANTITOXINS, IMMUNE GLOBULINS, TOXOIDS, AND		
ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS		
BIVIGAM INJECTABLE 10%	5	AP
FLEBOGAMMA INJECTABLE 5GM/50ML	5	AP
GAMMAGARD INJECTABLE 2.5GM/25	5	AP
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	

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

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

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

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
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
BOOSTRIX INJECTABLE	3	
DAPTACEL INJECTABLE	3	
DIP/TET PED INJECTABLE 25-5LFU	2	
INFANRIX INJECTABLE	3	
KINRIX INJECTABLE	3	
PEDIARIX INJECTABLE 0.5ML	3	
PENTACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
TDVAX INJECTABLE 2-2 LF	3	
TENIVAC INJECTABLE 5-2LF	3	
VACCINES		
ABRYSVO INJECTABLE	3	
ACTHIB INJECTABLE	3	
AREXVY INJECTABLE 120MCG	3	
BCG VACCINE INJECTABLE 50MG	3	
BEXSERO INJECTABLE	3	
ENGRIX-B INJECTABLE 10/0.5ML	3	BvsD
ENGRIX-B INJECTABLE 20MCG/ML	3	BvsD
ENGRIX-B INJECTABLE 20MCG/ML	3	BvsD
GARDASIL 9 INJECTABLE	3	
GARDASIL 9 INJECTABLE	3	
HAVRIX INJECTABLE 1440UNIT	3	
HAVRIX INJECTABLE 720UNIT	3	
HEPLISAV-B INJECTABLE 20/0.5ML	3	BvsD
HIBERIX SOLUTION 10MCG	3	
IMOVAX RABIE INJECTABLE 2.5/ML	3	
IPOLE INJECTABLE INACTIVE	3	
IXIARO INJECTABLE	3	
JYNNEOS INJECTABLE	3	
M-M-R II INJECTABLE	3	
MENACTRA INJECTABLE	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
MENQUADFI INJECTABLE	3	
MENVEO INJECTABLE	3	
PEDVAX HIB INJECTABLE	3	
PREHEVBRIO SUSPENSION 10MCG/ML	3	BvsD
PRIORIX INJECTABLE	3	
PROQUAD INJECTABLE	3	
QUADRACEL INJECTABLE 0.5ML	3	
RABAVERT INJECTABLE	3	
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 10MCG/ML	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD
RECOMBIVA HB INJECTABLE 5MCG/0.5	3	BvsD
RECOMBIVA-HB INJECTABLE 40MCG/ML	3	BvsD
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTARIX SUSPENSION	3	
ROTATEQ SOLUTION	3	
SHINGRIX INJECTABLE 50/0.5ML	1	
TICOVAC INJECTABLE	3	
TICOVAC INJECTABLE	3	
TRUMENBA INJECTABLE	3	
TWINRIX INJECTABLE	3	BvsD
TYPHIM VI INJECTABLE	3	
TYPHIM VI INJECTABLE	3	
VAQTA INJECTABLE 25/0.5ML	3	
VAQTA INJECTABLE 50UNT/ML	3	
VARIVAX INJECTABLE	3	
YF-VAX INJECTABLE	3	
AUTONOMIC DRUGS		
PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS		
<i>bethanechol tablet 10mg</i>	1	

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

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

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

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>bethanechol tablet 25mg</i>	1	
<i>bethanechol tablet 50mg</i>	1	
<i>bethanechol tablet 5mg</i>	1	
<i>cevimeline capsule 30mg</i>	2	
<i>donepezil tablet 10mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 10mg odt</i>	1	
<i>donepezil tablet 23mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 5mg</i>	1	
<i>donepezil tablet 5mg odt</i>	1	
<i>galantamine capsule 16mg er</i>	2	
<i>galantamine capsule 24mg er</i>	2	
<i>galantamine capsule 8mg er</i>	2	
<i>galantamine solution 4mg/ml</i>	2	
<i>galantamine tablet 12mg</i>	1	
<i>galantamine tablet 4mg</i>	1	
<i>galantamine tablet 8mg</i>	1	
<i>pilocarpine tablet 5mg</i>	2	
<i>pilocarpine tablet 7.5mg</i>	2	
<i>pyridostigm tablet 60mg</i>	1	
PYRIDOSTIGMI SOLUTION 60MG/5ML	2	
<i>pyridostigmi tablet 30mg</i>	1	
<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>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>dihydroergot spr 4mg/ml</i>	2	AP
<i>ergoloid mes tablet 1mg oral</i>	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>phenoxybenza capsule 10mg</i>	5	LC; AP
LC 3600 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>silodosin capsule 4mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>silodosin capsule 8mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>tamsulosin capsule 0.4mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND		
ANTIHEMORRHAGIC AGENTS		
TRANEX ACID TABLET 650MG	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
<i>anagrelide capsule 0.5mg</i>	2	
<i>anagrelide capsule 1mg</i>	2	
BRILINTA TABLET 60MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
BRILINTA TABLET 90MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
CABLIVI KIT 11MG	5	LC; AP
LC 31 cada 30 dia(s)		
<i>cilostazol tablet 100mg</i>	1	
<i>cilostazol tablet 50mg</i>	1	
<i>clopidogrel tablet 75mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>dabigatran capsule 150mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>dabigatran capsule 75mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ELIQUIS TABLET 2.5MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ELIQUIS TABLET 5MG	3	LC
LC 74 cada 30 dia(s)		
ELIQUIS ST P TABLET 5MG	3	LC
LC 74 cada 180 dia(s)		
FONDAPARINUX INJECTABLE 10/0.8ML	2	LC
LC 30 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
<i>fondaparinux injectable 2.5/0.5</i>	2	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
FONDAPARINUX INJECTABLE	2	LC
5/0.4ML		
LC 30 mililitro(s) cada 30 día(s)		
FONDAPARINUX INJECTABLE	2	LC
7.5/0.6		
LC 30 cada 30 día(s)		
<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>	1	
<i>jantoven tablet 1mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 2.5mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 2mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 3mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 4mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 5mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 6mg</i>	1	
<i>jantoven tablet 7.5mg</i>	1	
PRADAXA CAPSULE 110MG	4	LC
LC 60 cada 30 día(s)		
<i>prasugrel tablet 10mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
<i>prasugrel tablet 5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
SAVAYSA TABLET 15MG	4	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
SAVAYSA TABLET 30MG	4	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
SAVAYSA TABLET 60MG	4	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
<i>warfarin tablet 10mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 1mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 2.5mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 2mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>warfarin tablet 3mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 4mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 5mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 6mg</i>	1	
<i>warfarin tablet 7.5mg</i>	1	
XARELTO SUSPENSION	3	LC
1MG/ML		
LC 600 mililitro(s) cada 30 día(s)		
XARELTO TABLET 10MG	3	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
XARELTO TABLET 15MG	3	LC
LC 42 cada 30 día(s)		
XARELTO TABLET 2.5MG	3	LC
LC 60 cada 30 día(s)		
XARELTO TABLET 20MG	3	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
XARELTO STAR TABLET	3	LC
15/20MG		
LC 102 cada 365 día(s)		
ZONTIVITY TABLET 2.08MG	4	LC
LC 30 cada 30 día(s)		
BLOOD FORMATION, COAGULATION, AND THROMBOSIS AGENTS, MISCELLANEOUS		
OXBRYTA TABLET 300MG	5	LC; AP
LC 150 cada 30 día(s)		
OXBRYTA TABLET 300MG	5	LC; AP
LC 150 cada 30 día(s)		
OXBRYTA TABLET 500MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 día(s)		
TAVALISSE TABLET 100MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 día(s)		
TAVALISSE TABLET 150MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 día(s)		
HEMATOPOIETIC AGENTS		
ARANESP INJECTABLE	5	BvsD
100MCG		

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

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

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

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

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

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
UDENYCA INJECTABLE 6MG/.6ML	5	BvsD
UDENYCA INJECTABLE 6MG/0.6	5	BvsD
ZARXIO INJECTABLE 300/0.5	5	AP
ZARXIO INJECTABLE 480/0.8	5	AP
ZIEXTENZO INJECTABLE 6/0.6ML	5	AP
HEMORRHEOLOGIC AGENTS		
<i>pentoxifylli tablet 400mg er</i>	2	
CARDIOVASCULAR DRUGS		
ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>doxazosin tablet 1mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 2mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 4mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>doxazosin tablet 8mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>prazosin hcl capsule 1mg</i>	1	
<i>prazosin hcl capsule 2mg</i>	1	
<i>prazosin hcl capsule 5mg</i>	1	
<i>terazosin capsule 10mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 1mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 2mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>terazosin capsule 5mg</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS		
ALISKIREN TABLET 150MG	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
ALISKIREN TABLET 300MG	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>benazepril tablet 10mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 20mg</i>	1	
<i>benazepril tablet 40mg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>benazepril tablet 5mg</i>	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	
<i>enalapril tablet 10mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 2.5mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 20mg</i>	1	
<i>enalapril tablet 5mg</i>	1	
ENTRESTO TABLET 24-26MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 49-51MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTRESTO TABLET 97-103MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>eplerenone tablet 25mg</i>	2	TE
<i>eplerenone tablet 50mg</i>	2	TE
<i>fosinopril tablet 10mg</i>	1	
<i>fosinopril tablet 20mg</i>	1	
<i>fosinopril tablet 40mg</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>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	

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

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

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

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>losartan pot tablet 100mg</i>	1	
<i>losartan pot tablet 25mg</i>	1	
<i>losartan pot tablet 50mg</i>	1	
<i>moexipril tablet 15mg</i>	1	
<i>moexipril tablet 7.5mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 20mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 40mg</i>	1	
<i>olmesa medox tablet 5mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 2mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 4mg</i>	1	
<i>perindopril tablet 8mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 10mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 20mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 40mg</i>	1	
<i>quinapril tablet 5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 1.25mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 10mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 2.5mg</i>	1	
<i>ramipril capsule 5mg</i>	1	
<i>spironolact tablet 100mg</i>	1	
<i>spironolact tablet 25mg</i>	1	
<i>spironolact tablet 50mg</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>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>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amphet/dextr capsule 15mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 20mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 25mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 30mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr capsule 5mg er</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 10mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 12.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 15mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 20mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 30mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>amphet/dextr tablet 7.5mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 150mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 200mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 250mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>armodafinil tablet 50mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>ascomp/cod capsule 30mg</i>	2	LC; NM
LC 180 cada 30 dia(s)		

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>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>dexmethylph capsule 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylph capsule 30mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylph capsule 40mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule 20mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule er 25mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexmethylphe capsule er 35mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 10mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 15mg er</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dextroamphet capsule 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>lisdexamfeta capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>lisdexamfeta capsule 20mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 30mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 50mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>lisdexamfeta capsule 70mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
METHYLPHENID CAPSULE 10MG LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 10mg</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 20mg</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 30MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 30mg</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 40MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid capsule 40mg</i> <i>er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
METHYLPHENID CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>methylphenid tablet 36mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 36mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 54mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 54mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>methylphenid tablet 72mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>modafinil tablet 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
SOD OXYBATE SOLUTION 500MG/ML LC 540 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
WAKIX TABLET 17.8MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
WAKIX TABLET 4.45MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>amantadine capsule 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>amantadine solution</i> 50mg/5ml LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
<i>amantadine tablet 100mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
APOKYN INJECTABLE 10MG/ML	5	AP
<i>apomorphine injectable</i> 30mg/3ml	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
<i>benztropine tablet 0.5mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>benztropine tablet 1mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>benztropine tablet 2mg</i>	1	
<i>bromocriptin capsule 5mg</i>	2	
<i>bromocriptin tablet 2.5mg</i>	2	
<i>cabergoline tablet 0.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 10-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-100mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	1	
<i>carb/levo tablet 25-250mg</i>	1	
CARB/LEVO 50 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO 75 TABLET /ENTACAP	2	
<i>carb/levo er tablet 25-100mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>carb/levo er tablet 50-200mg</i> LC 360 cada 30 dia(s)	1	LC
CARB/LEVO100 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO125 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO150 TABLET /ENTACAP	2	
CARB/LEVO200 TABLET /ENTACAP	2	
<i>carbidopa tablet 25mg</i>	2	
<i>entacapone tablet 200mg</i>	2	
INBRIJA CAPSULE 42MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NEUPRO DIS 1MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 2MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NEUPRO DIS 3MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 4MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 6MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
NEUPRO DIS 8MG/24HR LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
ONGENTYS CAPSULE 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ONGENTYS CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
OSMOLEX ER TABLET 129MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>pramipexole tablet 0.125mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.25mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 0.75mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 1.5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pramipexole tablet 1mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>rasagiline tablet 0.5mg</i>	2	
<i>rasagiline tablet 1mg</i>	2	
<i>ropinirole tablet 0.25mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 0.5mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 12mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 1mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 2mg</i>	1	
<i>ropinirole tablet 2mg er</i> LC 90 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>ropinirole tablet 3mg</i>	1	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

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

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

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

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

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
DIAZEPAM GEL 10MG	2	
DIAZEPAM GEL 2.5MG	2	
DIAZEPAM GEL 20MG	2	
<i>diazepam solution 5mg/5ml</i>	2	LC
LC 1200 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>diazepam tablet 10mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>diazepam tablet 2mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>diazepam tablet 5mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>eszopiclone tablet 1mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>eszopiclone tablet 2mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>eszopiclone tablet 3mg</i>	2	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
HETLIOZ LQ SUSPENSION	5	LC; AP
4MG/ML		
LC 150 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<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)		
PHENOBARB ELX 20MG/5ML	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
PHENOBARB TABLET 100MG	1	
PHENOBARB TABLET 15MG	1	
PHENOBARB TABLET 16.2MG	1	
PHENOBARB TABLET 30MG	1	
PHENOBARB TABLET 32.4MG	1	
PHENOBARB TABLET 60MG	1	
PHENOBARB TABLET 64.8MG	1	
PHENOBARB TABLET 97.2MG	1	
<i>promethazine sup 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine sup 25mg</i>	2	
<i>promethazine syrup 6.25/5ml</i>	2	
<i>promethazine tablet 12.5mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 25mg</i>	2	
<i>promethazine tablet 50mg</i>	2	
<i>promethegan sup 25mg</i>	2	
<i>promethegan sup 50mg</i>	2	
<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)		

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

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

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

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>zaleplon capsule 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem tablet 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem er tablet 12.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>zolpidem er tablet 6.25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acampro cal tablet 333mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 100mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 18mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 25mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>atomoxetine capsule 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
EXSERVAN MIS 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>guanfacine tablet 1mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 2mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 3mg er</i>	1	
<i>guanfacine tablet 4mg er</i>	1	
MEMANT TITRA PACKET 5-10MG LC 49 cada 28 dia(s)	2	LC
<i>memantine tablet hcl 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>memantine tablet hcl 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>memantine hc capsule 14mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 21mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 28mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc capsule 7mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>memantine hc solution 2mg/ml</i>	2	
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
NOURIANZ TABLET 20MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NOURIANZ TABLET 40MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
NUEDEXTA CAPSULE 20-10MG LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
QELBREE CAPSULE 100MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 150MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
QELBREE CAPSULE 200MG ER LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE

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

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

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

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
RADICAVA ORS SUSPENSION STARTER	5	LC; AP
LC 70 cada 28 dia(s)		
RELYVRIO PACKET 3-1GM	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>riluzole tablet 50mg</i>	2	
SUNOSI TABLET 150MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
SUNOSI TABLET 75MG	4	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO TABLET 12MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO TABLET 6MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO TABLET 9MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 12MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 24MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET 6MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
AUSTEDO XR TABLET TITR KIT	5	LC; AP
LC 42 cada 180 dia(s)		
<i>tetrabenazin tablet 12.5mg</i>	2	LC; AP
LC 240 cada 30 dia(s)		
<i>tetrabenazin tablet 25mg</i>	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
COMPUESTOS DE ORO		
GOLD COMPOUNDS		
RIDAURA CAPSULE 3MG	5	
ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA		
ALKALINIZING AGENTS		
<i>pot citra er tablet 1080mg</i>	2	
<i>pot citra er tablet 1620mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pot citra er tablet 540mg</i>	2	
CALORIC AGENTS		
CLINIMIX INJECTABLE	3	IH
4.25/D10		
CLINIMIX INJECTABLE	3	IH
4.25/D5W		
CLINIMIX INJECTABLE	3	IH
5%/D15W		
CLINIMIX INJECTABLE	3	IH
5%/D20W		
CLINIMIX E INJECTABLE	3	IH
2.75/D5W		
CLINIMIX E INJECTABLE	3	IH
4.25/D10		
CLINIMIX E INJECTABLE	3	IH
4.25/D5W		
CLINIMIX E INJECTABLE	3	IH
5%/D15W		
CLINIMIX E INJECTABLE	3	IH
5%/D20W		
<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
<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	3	IH
10%		
ION-REMOVING AGENTS		
AURYXIA TABLET 210MG	5	LC; AP
LC 360 cada 30 dia(s)		
<i>lanthanum chw 1000mg</i>	5	LC; AP
LC 150 cada 30 dia(s)		
<i>lanthanum chw 500mg</i>	5	LC; AP
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>lanthanum chw 750mg</i>	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		
LOKELMA PACKET 10GM	3	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
LOKELMA PACKET 5GM	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<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	5	LC; AP
LC 180 cada 30 dia(s)		
VELTASSA POW 16.8GM	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VELTASSA POW 25.2GM	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VELTASSA POW 8.4GM	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
URICOSURIC AGENTS		
<i>probenecid tablet 500mg</i>	1	
AMMONIA DETOXICANTS		
<i>carglumic tablet 200mg</i>	5	AP
<i>constulose solution 10gm/15</i>	1	
<i>enulose solution 10gm/15</i>	1	
<i>generlac solution 10gm/15</i>	1	
<i>lactulose packet 10gm</i>	2	
<i>lactulose solution 10gm/15</i>	1	
<i>phenylbutyra pow sodium</i>	2	
DIURETICS		
<i>amilor/hctz tablet 5-50</i>	1	
AMILORIDE TABLET 5MG	1	
<i>atenol/chlor tablet 100-25mg</i>	1	
<i>atenol/chlor tablet 50-25mg</i>	1	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>benazep/hctz tablet 5-6.25</i>	1	
<i>bisoprl/hctz tablet 10/6.25</i>	1	
<i>bisoprl/hctz tablet 2.5/6.25</i>	1	
<i>bisoprl/hctz tablet 5-6.25mg</i>	1	
BUMETANIDE TABLET 0.5MG	1	
<i>bumetanide tablet 1mg</i>	1	
BUMETANIDE TABLET 2MG	1	
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
16-12.5		
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
32-12.5		
CANDESA/HCTZ TABLET	1	
32-25MG		
<i>chlorthalid tablet 25mg</i>	1	
<i>chlorthalid tablet 50mg</i>	1	
DIURIL SUSPENSION 250/5ML	3	
EDARBYCLOR TABLET 40-12.5	4	TE
EDARBYCLOR TABLET	4	TE
40-25MG		
<i>enalapr/hctz tablet 10-25mg</i>	1	
<i>enalapr/hctz tablet 5-12.5mg</i>	1	
<i>ethacrynic tablet acd 25mg</i>	4	LC; AP
LC 480 cada 30 dia(s)		
<i>fosinop/hctz tablet 10/12.5</i>	1	
<i>fosinop/hctz tablet 20/12.5</i>	1	
<i>furosemide solution 10mg/ml</i>	1	
<i>furosemide solution</i>	1	
40mg/5ml		
<i>furosemide tablet 20mg</i>	1	
<i>furosemide tablet 40mg</i>	1	
<i>furosemide tablet 80mg</i>	1	
<i>hydrochlorot capsule 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 12.5mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 25mg</i>	1	
<i>hydrochlorot tablet 50mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 1.25mg</i>	1	
<i>indapamide tablet 2.5mg</i>	1	

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

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

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

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>irbesar/hctz tablet 150-12.5</i>	1	
<i>irbesar/hctz tablet 300-12.5</i>	1	
JYNARQUE PACKET 15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 30-15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 45-15MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 60-30MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE PACKET 90-30MG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE TABLET 15MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
JYNARQUE TABLET 30MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>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>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>metolazone tablet 10mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 2.5mg</i>	1	
<i>metolazone tablet 5mg</i>	1	
<i>metoprl/hctz tablet 100-25mg</i>	1	
<i>metoprl/hctz tablet 100-50mg</i>	1	
<i>metoprl/hctz tablet 50-25mg</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>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>spirono/hctz tablet 25/25</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<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>tolvaptan tablet 15mg</i>	5	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>tolvaptan tablet 30mg</i>	5	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>torsemide tablet 100mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 10mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 20mg</i>	1	
<i>torsemide tablet 5mg</i>	1	
<i>triamt/hctz capsule 37.5-25</i>	1	
<i>triamt/hctz tablet 37.5-25</i>	1	
<i>triamt/hctz tablet 75-50mg</i>	1	
TRIAMTERENE CAPSULE	2	LC
100MG		
LC 90 cada 30 dia(s)		
TRIAMTERENE CAPSULE 50MG	2	LC
LC 90 cada 30 dia(s)		
<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	
REPLACEMENT PREPARATIONS		
CALC ACETATE CAPSULE	2	
667MG		
D10W/NACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D10W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.45%		
D2.5W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.45%		
D5W/NACL INJECTABLE 0.2%	2	IH
D5W/NACL INJECTABLE 0.45%	2	IH
D5W/NACL INJECTABLE 0.9%	2	IH
ISOLYTE-S INJECTABLE PH 7.4	3	IH
KCL/D5W/LACT INJECTABLE	2	IH
20MEQ/L		

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

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

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

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>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
<i>kcl/d5w/nacl injectable</i>	2	IH
KCL/D5W/NACL INJECTABLE	2	IH
0.15/0.2		
<i>klor-con packet 20meq</i>	2	
KLOR-CON 10 TABLET 10MEQ ER	1	
KLOR-CON 8 TABLET 8MEQ ER	1	
<i>klor-con m15 tablet 15meq er</i>	4	
<i>klor-con m20 tablet 20meq er</i>	1	
<i>mult electro injectable ph 5.5</i>	3	IH
PLASMA-LYTE INJECTABLE -148	3	IH
PLASMA-LYTE INJECTABLE -A	3	IH
<i>pot chl/d5w injectable 20meq/l</i>	2	IH
<i>pot chl/nacl injectable 20meq/l</i>	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>	1	
<i>pot chloride capsule 8meq er</i>	1	
POT CHLORIDE INJECTABLE	1	IH
10MEQ		
POT CHLORIDE INJECTABLE	1	IH
20MEQ		
<i>pot chloride injectable 2meq/ml</i>	2	IH
POT CHLORIDE INJECTABLE	1	IH
40MEQ		
<i>pot chloride pow 20meq</i>	2	
<i>pot chloride solution 10%</i>	2	
<i>pot chloride solution 20%</i>	2	
<i>pot chloride tablet 10meq er</i>	1	
<i>pot chloride tablet 20meq er</i>	1	
POT CHLORIDE TABLET 8MEQ ER	1	
<i>pot cl micro tablet 10meq er</i>	1	
<i>pot cl micro tablet 15meq er</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pot cl micro tablet 20meq er</i>	1	
SOD CHLORIDE INJECTABLE	2	IH
0.45%		
SOD CHLORIDE INJECTABLE	2	IH
0.9%		
SOD CHLORIDE INJECTABLE	2	IH
3%		
SOD CHLORIDE INJECTABLE	2	IH
5%		
TPN ELECTROL INJECTABLE	2	IH
IRRIGATING SOLUTIONS		
SODIUM CHLOR SOLUTION	1	BvsD
0.9% IRR		
ENZIMAS		
ENZYMES		
PALYNZIQ INJECTABLE	5	LC; AP
10/0.5ML		
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	5	LC; AP
20MG/ML		
LC 60 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
REVCovi INJECTABLE	5	AP
1.6MG/ML		
SUCRAID SOLUTION 8500/ML	5	LC; AP; AL
LC 354 mililitro(s) cada 30		
dia(s)		
EYE, EAR, NOSE, AND THROAT (EENT)		
ANTIALLERGIC AGENTS		
ALOMIDE SOLUTION 0.1% OP	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>azelastine dro 0.05%</i>	2	
<i>azelastine spr 0.1%</i>	1	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>bepotastine dro 1.5%</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
<i>olopatadine dro 0.1%</i> LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>olopatadine spr 0.6%</i> LC 30.50 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
ANTI GLAUCOMA AGENTS		
<i>acetazolamid capsule 500mg er</i>	2	
<i>acetazolamid tablet 125mg</i>	1	
<i>acetazolamid tablet 250mg</i>	1	
ALPHAGAN P SOLUTION 0.1% LC 15 cada 30 dia(s)	3	LC
BETAXOLOL SOLUTION 0.5% OP	1	
BETOPTIC-S SUSPENSION 0.25% OP	4	
<i>bimatoprost solution 0.03%</i> LC 7.50 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>brimonidine solution 0.2% op</i>	1	
<i>brinzolamide suspension 1% op</i> LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
COMBIGAN SOLUTION 0.2/0.5% LC 10 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dorzol/timol solution 2%-0.5%</i>	2	
<i>dorzol/timol solution 2-0.5%op</i>	2	
<i>dorzolamide solution 2% op</i>	2	
<i>latanoprost solution 0.005%</i>	1	
<i>levobunolol solution 0.5% op</i>	2	
LUMIGAN SOLUTION 0.01% LC 5 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>methazolamid tablet 25mg</i>	2	
<i>methazolamid tablet 50mg</i>	2	
PILOCARPINE SOLUTION 1% OP	2	
PILOCARPINE SOLUTION 2% OP	2	
PILOCARPINE SOLUTION 4% OP	2	
RHOPRESSA SOLUTION 0.02% LC 60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ROCKLATAN DRO LC 5 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
SIMBRINZA SUSPENSION 1-0.2% LC 16 cada 30 dia(s)	3	LC

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>	1	
<i>timolol mal solution 0.25% op</i>	1	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	1	
<i>timolol mal solution 0.5% op</i>	1	
<i>timolol male solution 0.5%</i>	2	
VYZULTA SOLUTION 0.024%	4	TE
XELPROS EMU 0.005% LC 2.50 cada 30 dia(s)	4	LC
ANTI-INFECTIVES		
AZASITE SOLUTION 1% LC 10 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>bacit/polymy oin op</i>	2	
<i>bacitracin oin op</i>	2	
BESIVANCE SUSPENSION 0.6% LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>chlorhex glu solution 0.12%</i>	2	
CILOXAN OIN 0.3% OP LC 17.50 cada 30 dia(s)	4	LC
CIPRO HC SUSPENSION OTIC	3	
<i>cipro/dexa suspension</i> 0.3-0.1%	2	
CIPROFLOXACN SOLUTION 0.2%	2	NM
<i>ciprofloxacin solution 0.3% op</i>	2	
<i>erythromycin oin 5mg/gm</i>	2	
GATIFLOXACIN SOLUTION 0.5% LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>gentamicin solution 0.3% op</i>	2	
<i>levofloxacin solution 0.5%</i>	2	
<i>moxifloxacin solution hcl 0.5%</i> LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>moxifloxacin tablet 400mg</i>	2	NM
NATACYN SUSPENSION 5% OP	4	
<i>neo/bac/poly oin op</i>	2	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>neo/poly/bac oin /hc 1% op</i>	2	
NEO/POLY/DEX OIN 0.1% OP	1	
<i>neo/poly/dex suspension 0.1% op</i>	1	
<i>neo/poly/gra solution op</i>	2	
<i>neo/poly/hc solution 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension 1% otic</i>	2	
<i>neo/poly/hc suspension op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3% op</i>	2	
<i>ofloxacin dro 0.3% otic</i>	2	
<i>periogard solution 0.12%</i>	2	
<i>polymyxin b/ solution trimethp</i>	1	
<i>sulf/pred na solution op</i>	2	
<i>sulfacet sod oin 10% op</i>	2	
<i>sulfacet sod solution 10% op</i>	2	
<i>tobra/dexame suspension 0.3-0.1%</i>	2	
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	4	
TOBRADEX ST SUSPENSION 0.3-0.05	4	
<i>tobramycin solution 0.3% op</i>	1	
TOBREX OIN 0.3% OP	4	
<i>trifluridine solution 1% op</i>	2	
ZIRGAN GEL 0.15%	4	
ZYLET SUSPENSION 0.5-0.3%	4	
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ALREX SUSPENSION 0.2% LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
BECONASE AQ SUSPENSION 0.042% LC 25 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>bromfenac solution 0.09% op</i>	2	
<i>cyclosporine emu 0.05% op</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>dexameth pho solution 0.1% op</i>	2	
<i>diclofenac solution 0.1% op</i>	2	
<i>difluprednat emu 0.05%</i> LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FLAREX SUSPENSION 0.1% OP	4	
<i>flunisolide spr 0.025%</i> LC 50 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fluocin acet oil 0.01%</i>	2	
FLUOROMETHOL SUSPENSION 0.1% OP	2	
<i>flurbiprofen solution 0.03% op</i>	2	
<i>fluticasone spr 50mcg</i> LC 16 cada 30 dia(s)	1	LC
FML FORTE SUSPENSION 0.25% OP	4	
ILEVRO DRO 0.3% OP LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
KETOROLAC SOLUTION 0.4%	2	
<i>ketorolac solution 0.5%</i>	2	
LOTEMAX OIN 0.5% LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
LOTEMAX SM GEL 0.38% LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
LOTEPREDNOL GEL 0.5% LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
LOTEPREDNOL SUSPENSION 0.5% LC 15 cada 30 dia(s)	2	LC
MAXIDEX SUSPENSION 0.1% OP	4	
<i>mometasone spr 50mcg</i> LC 34 cada 30 dia(s)	2	LC
NEVANAC SUSPENSION 0.1% OP LC 15 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>pred sod pho solution 1% op</i>	2	
PREDNISOLONE SUSPENSION 1% OP LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
QNASL AER 80MCG LC 10.60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
QNASL CHILD SPR 40MCG LC 10.60 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
<i>triamcinolon pst den 0.1%</i>	2	
TYRVAYA SOLUTION 0.03MG LC 8.40 cada 30 dia(s)	3	LC
VERKAZIA EMU 0.1% OP LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XHANCE MIS 93MCG	4	AP
XIIDRA DRO 5% LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid solution 2% otic</i>	2	
APRACLONIDIN SOLUTION 0.5% OP	2	
CYSTADROPS SOLUTION 0.37% LC 20 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CYSTARAN SOLUTION 0.44% LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IOPIDINE SOLUTION 1% OP	4	
<i>ipratropium spr 0.03%</i>	1	
<i>ipratropium spr 0.06%</i>	1	
OXERVATE SOLUTION 20MCG/ML LC 28 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FORMACIÓN SANGUÍNEA, COAGULACIÓN Y		
ANTITHROMBOTIC AGENTS		
<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	
<i>enoxaparin injectable 60/0.6ml</i>	2	
<i>enoxaparin injectable 80/0.8ml</i>	2	
GASTROINTESTINAL DRUGS		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ALOSETRON TABLET 0.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ALOSETRON TABLET 1MG LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>balsalazide capsule 750mg</i>	2	
BUDESONIDE TABLET ER 9MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; TE
DIPENTUM CAPSULE 250MG <i>mesalamine capsule 0.375gm</i>	4	LC
LC 120 cada 30 dia(s)	2	
<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 LC 480 cada 30 dia(s)	4	LC
ROWASA KIT 4GM	4	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM CAPSULE 250MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CHOLBAM CAPSULE 50MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
GATTEX KIT 5MG	5	AP
LINZESS CAPSULE 145MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
LINZESS CAPSULE 290MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
LINZESS CAPSULE 72MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>lubiprostone capsule 24mcg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>lubiprostone capsule 8mcg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
MOVANTIK TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
MOVANTIK TABLET 25MG 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
OICALIVA TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OICALIVA TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 12/0.6ML LC 16.80 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
RELISTOR INJECTABLE 8/0.4ML LC 22.40 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
SYMPROIC TABLET 0.2MG	3	
TRULANCE TABLET 3MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS		
ADRENALS		
ADVAIR DISKU AER 100/50 LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
ADVAIR DISKU AER 250/50 LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
ADVAIR DISKU AER 500/50 LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
ADVAIR HFA AER 115/21 LC 12 cada 30 dia(s)	1	LC
ADVAIR HFA AER 230/21 LC 12 cada 30 dia(s)	1	LC
ADVAIR HFA AER 45/21 LC 12 cada 30 dia(s)	1	LC
ARNUITY ELPT INH 100MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
ARNUITY ELPT INH 200MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
ARNUITY ELPT INH 50MCG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 120 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 110MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX 30 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ASMANEX 60 AER 220MCG LC 1 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 100 MCG LC 13 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 200 MCG LC 13 cada 30 dia(s)	3	LC
ASMANEX HFA AER 50MCG LC 13 cada 30 dia(s)	3	LC
BREO ELLIPTA INH 100-25 LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
BREO ELLIPTA INH 200-25 LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
BREZTRI AERO AER SPHERE LC 10.70 cada 30 dia(s)	3	LC
BUDES/FORMOT AER 160-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	1	LC; AP
BUDES/FORMOT AER 80-4.5 LC 20.40 cada 30 dia(s)	1	LC; AP
<i>budesonide capsule 3mg dr</i>	2	
<i>budesonide suspension</i> 0.25mg/2 LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension</i> 0.5mg/2 LC 240 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>budesonide suspension</i> 1mg/2ml LC 240 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>dexamethason solution</i> 0.5/5ml	2	
<i>dexamethason tablet 0.5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 0.75mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 1.5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 1mg</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	Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dexamethason tablet 2mg</i>	2		HYDROCORT TABLET 20MG	2	
<i>dexamethason tablet 4mg</i>	2		<i>hydrocort tablet 5mg</i>	2	
<i>dexamethason tablet 6mg</i>	2		INTRAROSA SUP 6.5MG	4	LC
DULERA AER 100-5MCG	4	LC; AP	LC 30 cada 30 dia(s)		
LC 13 cada 30 dia(s)			<i>methylpred tablet 16mg</i>	2	
DULERA AER 200-5MCG	4	LC; AP	<i>methylpred tablet 32mg</i>	2	
LC 13 cada 30 dia(s)			<i>methylpred tablet 4mg</i>	2	
DULERA AER 50-5MCG	4	LC; AP	<i>methylpred tablet 4mg</i>	2	
LC 13 cada 30 dia(s)			<i>methylpred tablet 8mg</i>	2	
FLOVENT DISK AER 100MCG	3	LC	OMNARIS SPR	4	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)			LC 12.50 cada 30 dia(s)		
FLOVENT DISK AER 250MCG	3	LC	PRED SOD PHO SOLUTION	2	
LC 60 cada 30 dia(s)			5MG/5ML		
FLOVENT DISK AER 50MCG	3	LC	<i>prednisolone solution</i>	2	
LC 60 cada 30 dia(s)			<i>10mg/5ml</i>		
FLOVENT HFA AER 110MCG	3	LC	<i>prednisolone solution</i>	2	
LC 12 cada 30 dia(s)			<i>15mg/5ml</i>		
FLOVENT HFA AER 220MCG	3	LC	<i>prednisolone solution</i>	2	
LC 24 cada 30 dia(s)			<i>20mg/5ml</i>		
FLOVENT HFA AER 44MCG	3	LC	<i>prednisolone solution</i>	2	
LC 10.60 cada 30 dia(s)			<i>25mg/5ml</i>		
<i>fludrocort tablet 0.1mg</i>	1		PREDNISOLONE TABLET 10MG	2	
FLUTIC/SALME AER 100/50	2	LC; AP	ODT		
LC 60 cada 30 dia(s)			PREDNISOLONE TABLET 15MG	2	
FLUTIC/SALME AER 250/50	2	LC; AP	ODT		
LC 60 cada 30 dia(s)			PREDNISOLONE TABLET 30MG	2	
FLUTIC/SALME AER 500/50	2	LC; AP	ODT		
LC 60 cada 30 dia(s)			<i>prednisone con 5mg/ml</i>	2	
FLUTIC/SALME INH 113/14	1	LC; AP	<i>prednisone solution 5mg/5ml</i>	2	
LC 1 cada 30 dia(s)			<i>prednisone tablet 10mg</i>	1	
FLUTIC/SALME INH 232/14	1	LC; AP	<i>prednisone tablet 1mg</i>	1	
LC 1 cada 30 dia(s)			<i>prednisone tablet 2.5mg</i>	1	
FLUTIC/SALME INH 55/14	1	LC; AP	<i>prednisone tablet 20mg</i>	1	
LC 1 cada 30 dia(s)			<i>prednisone tablet 50mg</i>	1	
HEMADY TABLET 20MG	4	LC; AP	<i>prednisone tablet 5mg</i>	1	
LC 60 cada 30 dia(s)			SYMBICORT AER 160-4.5	1	LC
<i>hydrocort tablet 10mg</i>	2		LC 20.40 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
SYMBICORT AER 80-4.5 LC 20.40 cada 30 día(s)	1	LC
TARPEYO CAPSULE 4MG LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
<i>wixela inhub aer 100/50</i> LC 60 cada 30 día(s)	2	LC; AP
<i>wixela inhub aer 250/50</i> LC 60 cada 30 día(s)	2	LC; AP
<i>wixela inhub aer 500/50</i> LC 60 cada 30 día(s)	2	LC; AP
ZETONNA AER 37MCG LC 6.10 cada 30 día(s)	4	LC; TE
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose tablet 100mg</i> LC 90 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>acarbose tablet 25mg</i> LC 90 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>acarbose tablet 50mg</i> LC 90 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 12.5-30 LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-15MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-30MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOG/PIOGLIT TABLET 25-45MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 12.5MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 25MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN TABLET 6.25MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 día(s)	1	LC; BC
ALOGLIPTIN/ TABLET METFORM LC 60 cada 30 día(s)	1	LC; BC

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JANUMET TABLET 50-1000	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JANUMET TABLET 50-500MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JANUMET XR TABLET 100-1000	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JANUMET XR TABLET 50-1000	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JANUMET XR TABLET 50-500MG	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JANUVIA TABLET 100MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JANUVIA TABLET 25MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JANUVIA TABLET 50MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JARDIANCE TABLET 10MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JARDIANCE TABLET 25MG	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
JENTADUETO TABLET 2.5-1000	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JENTADUETO TABLET 2.5-500	3	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
JENTADUETO TABLET XR	3	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
JENTADUETO TABLET XR	3	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
LANTUS INJECTABLE 100/ML	3	LC; BI
LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
LANTUS SOLOS INJECTABLE 100/ML	3	LC; BI
LC 120 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
LEVEMIR INJECTABLE LC 120 cada 30 día(s)	4	LC; AP; BI
LEVEMIR INJECTABLE FLEXPEN LC 120 cada 30 día(s)	4	LC; AP; BI
<i>metformin solution 500/5ml</i>	1	BC
<i>metformin tablet 1000mg</i>	1	BC
<i>metformin tablet 500mg</i>	1	BC
<i>metformin tablet 500mg er</i>	1	BC
<i>metformin tablet 750mg er</i>	1	BC
<i>metformin tablet 850mg</i>	1	BC
<i>miglitol tablet 100mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 25mg</i>	2	BC
<i>miglitol tablet 50mg</i>	2	BC
<i>nateglinide tablet 120mg</i>	1	BC
<i>nateglinide tablet 60mg</i>	1	BC
NOVOLIN INJECTABLE 70/30	1	BI
NOVOLIN INJECTABLE 70/30 FP	1	BI
NOVOLIN N INJECTABLE 100 UNIT	1	BI
NOVOLIN N INJECTABLE U-100	1	BI
NOVOLIN R INJECTABLE 100 UNIT	1	BI
NOVOLIN R INJECTABLE U-100	1	BI
NOVOLOG INJECTABLE 100/ML	3	BI
NOVOLOG INJECTABLE FLEXPEN	3	BI
NOVOLOG INJECTABLE PENFILL	3	BI
NOVOLOG MIX INJECTABLE 70/30	3	BI
NOVOLOG MIX INJECTABLE FLEXPEN	3	BI
OZEMPIC INJECTABLE 2MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 día(s)	3	LC; AP
OZEMPIC INJECTABLE 4MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 día(s)	3	LC; AP
OZEMPIC INJECTABLE 8MG/3ML LC 3 mililitro(s) cada 28 día(s)	3	LC; AP
PIOGLIT/GLIM TABLET 30-2MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
PIOGLIT/GLIM TABLET 30-4MG LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>pioglita/met tablet 15-500mg</i> LC 90 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>pioglita/met tablet 15-850mg</i> LC 90 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 30mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>pioglitazone tablet 45mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>repaglinide tablet 0.5mg</i>	1	BC
<i>repaglinide tablet 1mg</i>	1	BC
<i>repaglinide tablet 2mg</i>	1	BC
RYBELSUS TABLET 14MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC; AP
RYBELSUS TABLET 3MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC; AP
RYBELSUS TABLET 7MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC; AP
<i>saxa/metfor tablet 2.5-1000</i> LC 60 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>saxa/metfor tablet 5-1000mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>saxa/metfor tablet 5-500mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>saxagliptin tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
<i>saxagliptin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 día(s)	1	LC; BC
SEGLUROMET TABLET 2.5-1000 LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SEGLUROMET TABLET 2.5-500 LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SEGLUROMET TABLET 7.5-1000 LC 60 cada 30 día(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
SEGLUROMET TABLET 7.5-500 LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SOLIQUA INJECTABLE 100/33 LC 18 cada 30 día(s)	3	LC; TE; BI
STEGLATRO TABLET 15MG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC; TE
STEGLATRO TABLET 5MG LC 30 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SYMLINPEN 60 INJECTABLE 1000MCG LC 10.80 cada 30 día(s)	5	LC; TE
SYMLNPEN 120 INJECTABLE 1000MCG LC 10.80 cada 30 día(s)	5	LC; TE
SYNJARDY TABLET LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 12.5-500 LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 5-1000MG LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
SYNJARDY TABLET 5-500MG LC 60 cada 30 día(s)	3	LC
TOUJEO MAX INJECTABLE 300IU/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 día(s)	3	LC; BI
TOUJEO SOLO INJECTABLE 300IU/ML LC 45 mililitro(s) cada 30 día(s)	3	LC; BI
TRADJENTA TABLET 5MG LC 30 cada 30 día(s)	3	LC
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRIJARDY XR TABLET	3	
TRULICITY INJECTABLE 0.75/0.5 LC 4 cada 28 día(s)	3	LC; AP
TRULICITY INJECTABLE 1.5/0.5 LC 4 cada 28 día(s)	3	LC; AP

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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
UNITHROID TABLET 75MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
UNITHROID TABLET 88MCG LC 90 cada 30 dia(s)	4	LC
ANDROGENS		
<i>danazol capsule 100mg</i>	2	
<i>danazol capsule 200mg</i>	2	
<i>danazol capsule 50mg</i>	2	
<i>depo-testost injectable 100mg/ml</i> 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>	2	
<i>testost cyp injectable 200mg/ml</i>	2	
<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 0.2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.4MG	5	AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
GENOTROPIN INJECTABLE 0.6MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 0.8MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.4MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.6MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1.8MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 12MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 1MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 2MG	5	AP
GENOTROPIN INJECTABLE 5MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 12MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 24MG	5	AP
HUMATROPE INJECTABLE 6MG	5	AP
INCRELEX INJECTABLE 40MG/4ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 10/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 15/1.5ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 30/3ML	5	AP
NORDITROPIN INJECTABLE 5/1.5ML	5	AP
NUTROPIN AQ INJECTABLE 10MG/2ML	5	AP

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>estarylla tablet 0.25-35</i>	2	
<i>estra/noreth tablet 0.5-0.1</i>	2	
<i>estra/noreth tablet 1-0.5mg</i>	2	
<i>ethy eth est tablet 1-35</i>	2	
<i>ethynodiol tablet 1-50</i>	2	
<i>etonogestrel mis ethy est</i> 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)	2	LC
<i>iclevia tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	1	LC
<i>introvale tablet</i> LC 91 cada 91 dia(s)	2	LC
<i>jasmie tablet 3-0.02mg</i>	2	
<i>jinteli tablet 1mg-5mcg</i>	2	
<i>junal 1.5/30 tablet</i>	1	
<i>junal 1/20 tablet</i>	1	
<i>junal fe tablet 1.5/30</i>	1	
<i>junal fe tablet 1/20</i>	1	
<i>junal fe 24 tablet 1/20</i>	1	
<i>kariva tablet 28 day</i>	2	
<i>kelnor tablet 1/35</i>	1	
<i>kelnor 1/50 tablet</i>	1	
<i>lessina tablet</i>	2	
<i>levo-eth est tablet 90-20mcg</i>	2	
<i>levonest tablet</i>	2	
<i>levonor/ethi tablet</i>	1	
<i>levonor/ethi tablet estradio</i>	1	
<i>levonor/ethi tablet estradio</i> LC 91 cada 91 dia(s)	1	LC
<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	

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

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

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

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
loestrin fe tablet 1.5/30	4		sronyx tablet	2	
loestrin fe tablet 1/20	4		tarina 24 fe tablet	2	
loryna tablet 3-0.02mg	1		tilia fe tablet	2	
lutra tablet	1		tri-estaryl tablet	2	
lyleq tablet 0.35mg	2		tri-legest tablet fe	2	
marlissa tablet 0.15/30	2		tri-lo tablet estaryl	2	
merzee capsule 1/20	2		tri-lo- tablet sprintec	2	
micrgstin 24 tablet fe 1/20	1		tri-nymyo tablet	2	
microgestin tablet 1.5/30	1		tri-sprintec tablet	2	
microgestin tablet 1/20	1		tri-vylibra tablet lo	2	
microgestin tablet fe 1/20	1		trivora-28 tablet	2	
microgestin tablet fe1.5/30	1		velivet packet	2	
mili tablet 0.25/35	2		vestura tablet 3-0.02mg	2	
mimvey tablet 1-0.5mg	2		vienva tablet 0.1-20	1	
necon tablet 0.5/35	2		vylibra tablet 0.25-35	2	
noreth/ethin tablet 0.5-2.5	2		xulane dis 150-35	2	LC
noreth/ethin tablet 1/20	1		LC 4 cada 28 dia(s)		
noreth/ethin tablet 1mg-5mcg	2		zovia 1/35 tablet	1	
noreth/ethin tablet fe	2		PITUITARY		
noreth/ethin tablet fe 1/20	2		desmopressin spr 0.01%	1	LC
norethin ace tablet 5mg	1		LC 15 cada 30 dia(s)		
norethindron tablet 0.35mg	2		desmopressin tablet 0.1mg	1	LC
norgest/ethi tablet 0.25/35	1		LC 180 cada 30 dia(s)		
norgest/ethi tablet estradio	1		desmopressin tablet 0.2mg	1	LC
nortrel tablet 0.5/35	1		LC 180 cada 30 dia(s)		
nortrel tablet 1/35	1		OMNITROPE INJECTABLE	5	AP
nortrel tablet 7/7/7	1		5.8MG		
nylia tablet 1/35	2		ZOMACTON INJECTABLE	5	AP
nylia tablet 7/7/7	2		10MG		
nymyo tablet 0.25-35	1		ZOMACTON INJECTABLE 5MG	4	AP
portia-28 tablet	2		PROGESTINS		
prefest tablet	4	LC; AP	CRINONE GEL 4% VAG	4	AP
LC 30 cada 30 dia(s)			DEPO-SQ PROV INJECTABLE	4	LC
reclipsen tablet	1		104		
SAFYRAL TABLET	4		LC 1 cada 90 dia(s)		
SLYND TABLET 4MG	4	TE	medroxypr ac injectable	1	LC
sprintec 28 tablet 28 day	1		150mg/ml		
			LC 1 mililitro(s) cada 90 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>medroxypr ac injectable</i> 150mg/ml	1	LC
LC 1 mililitro(s) cada 90 dia(s)		
<i>medroxypr ac tablet 10mg</i>	1	
<i>medroxypr ac tablet 2.5mg</i>	1	
<i>medroxypr ac tablet 5mg</i>	1	
<i>megestrol suspension 625mg/5m</i>	1	
<i>megestrol ac suspension</i> 40mg/ml	1	
<i>megestrol ac tablet 20mg</i>	1	
<i>megestrol ac tablet 40mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 100mg</i>	1	
<i>progesterone capsule 200mg</i>	1	
HORMONES AND SYNTHETIC SUBSTITUTES		
ESTROGENS AND ESTROGEN		
AGONISTS-ANTAGONISTS		
<i>anastrozole tablet 1mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>depo-estradi injectable 5mg/ml</i>	4	
<i>dotti dis 0.025mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.0375mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.05mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.075mg</i>	2	
<i>dotti dis 0.1mg</i>	2	
<i>estradiol cre 0.01%</i>	1	LC
LC 127.50 cada 30 dia(s)		
ESTRADIOL DIS 0.025MG	2	
<i>estradiol dis 0.025mg</i>	2	
<i>estradiol dis 0.0375mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.0375MG	2	
ESTRADIOL DIS 0.05MG	2	
<i>estradiol dis 0.05mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.06MG	2	
<i>estradiol dis 0.075mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.075MG	2	
<i>estradiol dis 0.1mg</i>	2	
ESTRADIOL DIS 0.1MG	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>estradiol tablet 0.5mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>estradiol tablet 10mcg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>estradiol tablet 1mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>estradiol tablet 2mg</i> LC 450 cada 30 dia(s)	1	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
IMVEXXY MAIN SUP 4MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
IMVEXXY STRT SUP 10MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
IMVEXXY STRT SUP 4MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
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
<i>letrozole tablet 2.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lyllana dis 0.025mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.0375mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.05mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.075mg</i>	2	
<i>lyllana dis 0.1mg</i>	2	
ORIAHNN CAPSULE LC 60 cada 30 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
OSPHENA TABLET 60MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC
PREMARIN TABLET 0.3MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.45MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.625MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 0.9MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN TABLET 1.25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
PREMARIN VAG CRE 0.625MG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>raloxifene tablet 60mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
SOLTAMOX SOLUTION 10MG/5ML	4	
<i>tamoxifen tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tamoxifen tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
LUPRON DEPOT INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 3.75MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 30MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 45MG	5	BvsD
LUPRON DEPOT INJECTABLE 7.5MG	5	BvsD
MYFEMBREE TABLET LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORGOVYX TABLET 120MG LC 32 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORILISSA TABLET 150MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORILISSA TABLET 200MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYNAREL SOLUTION 2MG/ML	4	AP
TRELSTAR MIX INJECTABLE 11.25MG	5	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 22.5MG	5	BvsD
TRELSTAR MIX INJECTABLE 3.75MG	5	BvsD
LEPTINS		
MYALEPT INJECTABLE 11.3MG LC 67.80 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS		
<i>calcitonin spr 200/act</i>	1	
<i>cinacalcet tablet 30mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cinacalcet tablet 60mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>cinacalcet tablet 90mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC

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

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

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

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
NATPARA INJECTABLE 100MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 25MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 50MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
NATPARA INJECTABLE 75MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC
TERIPARATIDE INJECTABLE	5	AP
TYMLOS INJECTABLE LC 1.56 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
MYCAPSSA CAPSULE 20MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
octreotide injectable 1000mcg	5	AP
octreotide injectable 100mcg	2	AP
octreotide injectable 200mcg	2	AP
octreotide injectable 500mcg	5	AP
octreotide injectable 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		
cyproheptad syrup 2mg/5ml LC 4500 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
cyproheptad tablet 4mg LC 450 cada 30 dia(s)	1	LC
SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES		
cetirizine solution 1mg/ml LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	1	LC
CLARINEX-D TABLET 2.5-120	4	
desloratadin tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
levocetirizi solution 2.5/5ml	1	
levocetirizi tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	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
COMBIVENT AER 20-100 LC 8 cada 30 dia(s)	3	LC
dicyclomine capsule 10mg LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
dicyclomine solution 10mg/5ml LC 2400 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC
dicyclomine tablet 20mg LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC
glycopyrrol tablet 1mg	1	
glycopyrrol tablet 2mg	1	
glycopyrrola solution 1mg/5ml	2	
INCRUSE ELPT INH 62.5MCG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ipratropium solution 0.02%inh	1	BvsD
ipratropium/ solution albuter	1	BvsD
methscopolam tablet 2.5mg	2	
methscopolam tablet 5mg	2	
scopolamine dis 1mg/3day LC 10 cada 28 dia(s)	2	LC
SPIRIVA AER 1.25MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
SPIRIVA CAPSULE HANDIHLR LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
SPIRIVA SPR 2.5MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC

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

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

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

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
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		
ALBUTEROL AER HFA LC 17 cada 30 dia(s)	1	LC
ALBUTEROL AER HFA LC 36 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>albuterol aer hfa</i> LC 13.40 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>albuterol neb 0.083%</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 0.5%</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 0.63mg/3</i>	1	BvsD
<i>albuterol neb 1.25mg/3</i>	1	BvsD
<i>albuterol syrup 2mg/5ml</i>	1	
<i>albuterol tablet 2mg</i>	2	
<i>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
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>epinephrine injectable 0.3mg</i>	2	
EPINEPHRINE INJECTABLE 0.3MG	2	
FLUTIC/SALME AER 115-21 LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 230-21 LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
FLUTIC/SALME AER 45-21MCG LC 12 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>formoterol neb 20/2ml</i> LC 120 mililitro(s) cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
LEVALBUTEROL AER 45/ACT	1	
<i>levalbuterol neb 0.31mg</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 0.63mg</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 1.25/0.5</i>	2	BvsD
<i>levalbuterol neb 1.25mg</i>	2	BvsD
LUCEMYRA TABLET 0.18MG LC 150 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>midodrine tablet 10mg</i>	1	
<i>midodrine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>midodrine tablet 5mg</i>	1	
PROAIR DIGIH AER	4	TE
SEREVENT DIS AER 50MCG LC 60 cada 30 dia(s)	3	LC
STRIVERDI AER 2.5MCG LC 4 cada 30 dia(s)	3	LC
SYMJEPI INJECTABLE 0.15MG	3	
SYMJEPI INJECTABLE 0.3MG	3	
<i>terbutaline tablet 2.5mg</i>	2	
<i>terbutaline tablet 5mg</i>	2	
VENTOLIN HFA AER LC 36 cada 30 dia(s)	3	LC
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

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

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

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

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 0.5& 1mg</i> LC 106 cada 365 dia(s)	1	LC
<i>varenicline tablet 0.5mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	1	LC
<i>varenicline tablet 1mg</i> LC 336 cada 365 dia(s)	1	LC
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen tablet 10mg</i>	1	
<i>baclofen tablet 20mg</i>	1	
<i>baclofen tablet 5mg</i>	1	
<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	
<i>tizanidine capsule 2mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine capsule 4mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine capsule 6mg</i> LC 180 cada 30 dia(s)	2	LC; TE
<i>tizanidine tablet 2mg</i> LC 540 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tizanidine tablet 4mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	2	LC
MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES		
ANTIPEMIC 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

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

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>fenofibrate capsule 200mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
FENOFIBRATE CAPSULE 43MG LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
FENOFIBRATE CAPSULE 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate capsule 67mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 120mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 145mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 160mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 48mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibrate tablet 54mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fenofibric capsule 135mg dr</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fenofibric capsule 45mg dr</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fluvastatin capsule 20mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>fluvastatin capsule 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>gemfibrozil tablet 600mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>icosapent capsule 0.5gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>icosapent capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	2	LC
JUXTAPID CAPSULE 10MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 20MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
JUXTAPID CAPSULE 30MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
JUXTAPID CAPSULE 5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LIVALO TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
LIVALO TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
LIVALO TABLET 4MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC; TE
<i>lovastatin tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lovastatin tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>lovastatin tablet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
NEXLETOL TABLET 180MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
NEXLIZET TABLET 180/10MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
<i>omega-3-acid capsule 1gm</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 10mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 20mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 40mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>pravastatin tablet 80mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>prevalite pow 4gm pk</i> LC 1195 cada 30 dia(s)	2	LC
REPATHA INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
REPATHA PUSH INJECTABLE 420/3.5 LC 3.50 cada 30 dia(s)	3	LC; AP

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
REPATHA SURE INJECTABLE 140MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC; AP
rosuvastatin tablet 10mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 20mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 40mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
rosuvastatin tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 10mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 20mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 40mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 5mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
simvastatin tablet 80mg LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
acebutolol capsule 200mg LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
acebutolol capsule 400mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
atenolol tablet 100mg	1	
atenolol tablet 25mg	1	
atenolol tablet 50mg	1	
betaxolol tablet 10mg	1	
betaxolol tablet 20mg	1	
bisoprolol fumarate tablet 10mg	1	
bisoprolol fumarate tablet 5mg	1	
carteolol solution 1% op	2	
carvedilol capsule 10mg er	1	
carvedilol capsule 20mg er	1	
carvedilol capsule 40mg er	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
carvedilol capsule 80mg er	1	
carvedilol tablet 12.5mg	1	
carvedilol tablet 25mg	1	
carvedilol tablet 3.125mg	1	
carvedilol tablet 6.25mg	1	
labetalol tablet 100mg	1	
labetalol tablet 200mg	1	
labetalol tablet 300mg	1	
metoprolol succinate tablet 100mg er	1	
metoprolol succinate tablet 200mg er	1	
metoprolol succinate tablet 25mg er	1	
metoprolol succinate tablet 50mg er	1	
metoprolol tartrate tablet 100mg	1	
metoprolol tartrate tablet 25mg	1	
metoprolol tartrate tablet 37.5mg	1	
metoprolol tartrate tablet 50mg	1	
metoprolol tartrate tablet 75mg	1	
nadolol tablet 20mg	1	
nadolol tablet 40mg	1	
nadolol tablet 80mg	1	
nebivolol tablet 10mg LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 2.5mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 20mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
nebivolol tablet 5mg LC 90 cada 30 dia(s)	1	LC
pindolol tablet 10mg	2	
pindolol tablet 5mg	2	
propranolol capsule 120mg er	1	
propranolol capsule 160mg er	1	
propranolol capsule 60mg er	1	
propranolol capsule 80mg er	1	
propranolol solution 20mg/5ml	2	
propranolol solution 40mg/5ml	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>propranolol tablet 10mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 20mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 40mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 60mg</i>	1	
<i>propranolol tablet 80mg</i>	1	
<i>sorine tablet 120mg</i>	1	
<i>sorine tablet 160mg</i>	1	
<i>sorine tablet 240mg</i>	1	
<i>sorine tablet 80mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 120mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 160mg</i>	1	
<i>sotalol af tablet 80mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 120mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 160mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 240mg</i>	1	
<i>sotalol hcl tablet 80mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 10mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 20mg</i>	1	
<i>timolol mal tablet 5mg</i>	1	
CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS		
<i>amlod/atorva tablet 10-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 10-80mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 2.5-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 2.5-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 2.5-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-10mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-20mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>amlod/atorva tablet 5-40mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/atorva tablet 5-80mg</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>amlod/benazp capsule 10-20mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 10-40mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 2.5-10mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-10mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-20mg</i>	1	
<i>amlod/benazp capsule 5-40mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 10-20mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 10-40mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 5-20mg</i>	1	
<i>amlod/olmesa tablet 5-40mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 10-160mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 10-320mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 5-160mg</i>	1	
<i>amlod/valsar tablet 5-320mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 10mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 2.5mg</i>	1	
<i>amlodipine tablet 5mg</i>	1	
<i>cartia xt capsule 120/24hr</i>	1	
<i>cartia xt capsule 180/24hr</i>	1	
<i>cartia xt capsule 240/24hr</i>	1	
<i>cartia xt capsule 300/24hr</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 120mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 180mg</i>	1	
<i>dilt-xr capsule 240mg</i>	1	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 120mg er</i>	1	
<i>diltiazem capsule 180mg er</i>	1	

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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>taztia xt capsule 120mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 180mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 240mg/24</i>	1	
<i>taztia xt capsule 300mg er</i>	1	
<i>taztia xt capsule 360mg/24</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 40-10mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 40-5mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 80-10mg</i>	1	
<i>telmis/amlod tablet 80-5mg</i>	1	
<i>tiadylt capsule 120mg/24</i>	1	
<i>tiadylt capsule 180mg/24</i>	1	
<i>tiadylt capsule 240mg/24</i>	1	
<i>tiadylt capsule 300mg/24</i>	1	
<i>tiadylt capsule 420mg/24</i>	1	
<i>trando/verap tablet 1-240 er</i>	1	
<i>trando/verap tablet 2-180 er</i>	1	
<i>trando/verap tablet 2-240 er</i>	1	
<i>trando/verap tablet 4-240 er</i>	1	
VERAPAMIL CAPSULE 100MG ER	1	
VERAPAMIL CAPSULE 120MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 180MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 200MG ER	1	
VERAPAMIL CAPSULE 240MG SR	1	
VERAPAMIL CAPSULE 300MG ER	1	

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

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

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

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
VERAPAMIL CAPSULE 360MG SR	1	
<i>verapamil tablet 120mg</i>	1	
<i>verapamil tablet 120mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 180mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 240mg er</i>	1	
<i>verapamil tablet 40mg</i>	1	
<i>verapamil tablet 80mg</i>	1	
HYPOTENSIVE AGENTS		
<i>clonidine dis 0.1/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.2/24hr</i>	2	
<i>clonidine dis 0.3/24hr</i>	2	
<i>clonidine tablet 0.1mg</i>	1	
<i>clonidine tablet 0.1mg er</i>	2	LC; TE
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>clonidine tablet 0.2mg</i>	1	
<i>clonidine tablet 0.3mg</i>	1	
<i>furosemide injectable 100/10ml</i>	1	
<i>hydralazine tablet 100mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 10mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 25mg</i>	1	
<i>hydralazine tablet 50mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 10mg</i>	1	
<i>minoxidil tablet 2.5mg</i>	1	
NYMALIZE SOLUTION	5	LC
LC 1800 cada 30 dia(s)		
VASODILATING AGENTS		
<i>asa/dipyrida capsule 25-200mg</i>	2	LC
LC 60 cada 30 dia(s)		
ENTADFI CAPSULE 5-5MG	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>isosorb din tablet 10mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 20mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 30mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 40mg</i>	1	
<i>isosorb din tablet 5mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 10mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 120mg er</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>isosorb mono tablet 20mg</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 30mg er</i>	1	
<i>isosorb mono tablet 60mg er</i>	1	
<i>nitroglyceri sub 0.6mg</i>	1	
<i>nitroglyceri sub 0.3mg</i>	1	
<i>nitroglyceri sub 0.4mg</i>	1	
<i>sildenafil suspension 10mg/ml</i>	2	LC; AP
LC 180 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
<i>sildenafil tablet 20mg</i>	1	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
<i>tadalafil tablet 20mg</i>	2	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
TADLIQ SUSPENSION	5	LC; AP
20MG/5ML		
LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
VERQUVO TABLET 10MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VERQUVO TABLET 2.5MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VERQUVO TABLET 5MG	3	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone tablet 100mg</i>	1	
<i>amiodarone tablet 200mg</i>	1	
<i>amiodarone tablet 400mg</i>	1	
CORLANOR SOLUTION	3	LC; TE
5MG/5ML		
LC 450 mililitro(s) cada 30 dia(s)		
CORLANOR TABLET 5MG	3	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
CORLANOR TABLET 7.5MG	3	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
DIGOXIN SOLUTION	1	
50MCG/ML		

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

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

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

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>digoxin tablet 0.0625mg</i>	2	
<i>digoxin tablet 0.125mg</i>	1	
<i>digoxin tablet 0.25mg</i>	1	
<i>dofetilide capsule 125mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 250mcg</i>	2	
<i>dofetilide capsule 500mcg</i>	2	
<i>flecainide tablet 100mg</i>	1	
<i>flecainide tablet 150mg</i>	1	
<i>flecainide tablet 50mg</i>	1	
<i>mexiletine capsule 150mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 200mg</i>	2	
<i>mexiletine capsule 250mg</i>	2	
MULTAQ TABLET 400MG	3	
NORPACE CAPSULE 100MG CR	4	
NORPACE CAPSULE 150MG CR	4	
<i>pacerone tablet 100mg</i>	1	
<i>pacerone tablet 200mg</i>	1	
<i>pacerone tablet 400mg</i>	1	
<i>propafenone capsule 225mg er</i>	2	
<i>propafenone capsule 325mg er</i>	2	
<i>propafenone capsule 425mg er</i>	2	
<i>propafenone tablet 150mg</i>	2	
<i>propafenone tablet 225mg</i>	2	
<i>propafenone tablet 300mg</i>	2	
<i>quinidine su tablet 200mg</i>	2	NM
<i>quinidine su tablet 300mg</i>	2	NM
<i>ranolazine tablet 1000mg</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
<i>ranolazine tablet 500mg er</i>	2	LC
LC 120 cada 30 dia(s)		
VYNDAMAX CAPSULE 61MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
VYNDAQEL CAPSULE 20MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>diphen/atrop liq 2.5/5</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>diphen/atrop tablet 2.5mg</i>	2	
<i>loperamide capsule 2mg</i>	2	
XERMELO TABLET 250MG	5	LC; AP
LC 90 cada 30 dia(s)		
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES(GI)		
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>bismth/metr/ capsule tetracy</i>	2	
<i>cimetidine tablet 200mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 300mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 400mg</i>	2	
<i>cimetidine tablet 800mg</i>	2	
<i>dexlansopraz capsule 30mg dr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>dexlansopraz capsule 60mg dr</i>	2	LC; TE
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>esomepra mag capsule 20mg dr</i>	2	
<i>esomepra mag capsule 40mg dr</i>	2	
<i>famotidine suspension 40mg/5ml</i>	2	
<i>famotidine tablet 20mg</i>	1	
<i>famotidine tablet 40mg</i>	1	
<i>lansopr/amox packet /clarith</i>	2	LC; NM
LC 122 cada 14 dia(s)		
<i>lansoprazole capsule 15mg dr</i>	1	
<i>lansoprazole capsule 30mg dr</i>	1	
<i>lansoprazole tablet 15mg odt</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>lansoprazole tablet 30mg odt</i>	2	LC; TE
LC 60 cada 30 dia(s)		
<i>misoprostol tablet 100mcg</i>	2	
<i>misoprostol tablet 200mcg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 150mg</i>	2	
<i>nizatidine capsule 300mg</i>	2	
<i>omeprazole capsule 10mg</i>	1	
<i>omeprazole capsule 20mg</i>	1	

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

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

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

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>omeprazole capsule 40mg</i>	1	
<i>pantoprazole packet 40mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>pantoprazole tablet 20mg</i>	1	
<i>pantoprazole tablet 40mg</i>	1	
<i>rabeprazole tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>sucalfate suspension 1gm/10ml</i>	2	
<i>sucalfate tablet 1gm</i>	2	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
<i>chenodal tablet 250mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	4	LC
<i>ursodiol capsule 300mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 250mg</i>	2	
<i>ursodiol tablet 500mg</i>	2	
PROKINETIC AGENTS		
<i>metoclopram solution 5mg/5ml</i>	2	
<i>metoclopram tablet 10mg</i>	1	
<i>metoclopram tablet 5mg</i>	1	
<i>metoclopram tablet 5mg odt</i>	2	
MOTEGRITY TABLET 1MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
MOTEGRITY TABLET 2MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
ANTIEMETICS		
ANZEMET TABLET 50MG LC 7 cada 30 dia(s)	4	LC; BvsD; TE
<i>aprepitant capsule 125mg</i> LC 3 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant capsule 40mg</i> LC 1 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant capsule 80mg</i> LC 6 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>aprepitant packet 80 & 125</i> LC 9 cada 30 dia(s)	2	LC; BvsD
<i>dronabinol capsule 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>dronabinol capsule 2.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>dronabinol capsule 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	2	LC; AP
<i>granisetron tablet 1mg</i>	2	BvsD
<i>meclizine tablet 12.5mg</i>	1	
<i>meclizine tablet 25mg</i>	1	
<i>ondansetron solution</i> 4mg/5ml	2	BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 4mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 8mg</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
<i>ondansetron tablet 8mg odt</i> LC 240 cada 30 dia(s)	1	LC; BvsD
VARUBI TABLET 90MG LC 4 cada 28 dia(s)	4	LC; BvsD
CATHARTICS AND LAXATIVES		
CLENPIQ SOLUTION	3	
CLENPIQ SOLUTION	3	
<i>gavilyte-c solution</i>	2	
<i>gavilyte-g solution</i>	2	
PEG-3350 SOLUTION	2	
ELECTROL		
<i>peg-3350/kcl solution /sodium</i>	2	
PEG/NASUL/C/ SOLUTION	2	
NACL/POT		
PLENVU SOLUTION	4	TE
RELISTOR TABLET 150MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SODIUM/POTAS SOLUTION	2	
MAGNESIU		
SUPREP BOWEL SOLUTION	3	
PREP KIT		
DIGESTANTS		
CREON CAPSULE 12000UNT	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
CREON CAPSULE 24000UNT	3	
CREON CAPSULE 3000UNIT	3	
CREON CAPSULE 36000UNT	3	
CREON CAPSULE 6000UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 10500UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 16800UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 21000UNT	3	
PANCREAZE CAPSULE 2600UNIT	3	
PANCREAZE CAPSULE 37000	3	
PANCREAZE CAPSULE 4200UNIT	3	
PERTZYE CAPSULE 16000U	5	
PERTZYE CAPSULE 24000U	5	
PERTZYE CAPSULE 4000UNIT	4	
PERTZYE CAPSULE 8000UNIT	4	
VIOKACE TABLET 10440	4	
VIOKACE TABLET 20880	5	
ZENPEP CAPSULE 10000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 15000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 20000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 25000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 3000UNIT	3	
ZENPEP CAPSULE 40000UNT	3	
ZENPEP CAPSULE 5000UNIT	3	
MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS		
ANTISENSE OLIGONUCLEOTIDES		
TEGSEDI INJECTABLE 284/1.5	5	LC; AP
LC 6 cada 28 dia(s)		
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY INJECTABLE 105MG	5	LC; AP
LC 2.40 cada 30 dia(s)		
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
KEVEYIS TABLET 50MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
ACTEMRA INJECTABLE 162/0.9	5	LC; AP
LC 3.60 cada 28 dia(s)		
ACTEMRA INJECTABLE ACTPEN	5	LC; AP
LC 3.60 cada 28 dia(s)		

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
CIMZIA KIT 200MG	5	LC; AP
LC 6 cada 28 dia(s)		
CIMZIA PREFL KIT 200MG/ML	5	LC; AP
LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
ENBREL INJECTABLE 25/0.5ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
ENBREL INJECTABLE 25MG	5	LC; AP
LC 8 cada 28 dia(s)		
ENBREL INJECTABLE 50MG/ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
ENBREL MINI INJECTABLE	5	LC; AP
50MG/ML		
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
ENBREL SRCLK INJECTABLE	5	LC; AP
50MG/ML		
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HUMIRA INJECTABLE	5	LC; AP
10/0.1ML		
LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HUMIRA INJECTABLE	5	LC; AP
20/0.2ML		
LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HUMIRA INJECTABLE	5	LC; AP
40/0.4ML		
LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HUMIRA KIT 40MG/0.8	5	LC; AP
LC 6 cada 28 dia(s)		
HUMIRA PEDIA INJECTABLE	5	LC; AP
CROHNS		
LC 2 cada 28 dia(s)		
HUMIRA PEDIA INJECTABLE	5	LC; AP
CROHNS		
LC 2 cada 28 dia(s)		
HUMIRA PEN INJECTABLE	5	LC; AP
40/0.4ML		
LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
HUMIRA PEN INJECTABLE	5	LC; AP
40MG/0.8		
LC 2 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
HUMIRA PEN INJECTABLE 80/0.8ML LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE CD/UC/HS LC 6 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN INJECTABLE PS/UV LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT PED UC LC 4 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
HUMIRA PEN KIT PS/UV LC 3 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
KEVZARA INJECTABLE 150/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 150/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 200/1.14	5	AP
KEVZARA INJECTABLE 200/1.14	5	AP
KINERET INJECTABLE LC 20.10 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>leflunomide tablet 10mg</i>	1	
<i>leflunomide tablet 20mg</i>	1	
OLUMIANT TABLET 1MG	5	AP
OLUMIANT TABLET 2MG	5	AP
ORENCIA INJECTABLE 125MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORENCIA INJECTABLE 50/0.4ML LC 1.60 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORENCIA INJECTABLE 87.5/0.7 LC 2.80 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORENCIA CLCK INJECTABLE 125MG/ML LC 4 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
OTEZLA TABLET 10/20/30 LC 55 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OTEZLA TABLET 30MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
RINVOQ TABLET 15MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RINVOQ TABLET 30MG ER LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
RINVOQ TABLET 45MG ER LC 56 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 45MG/0.5 LC 2 cada 84 dia(s)	5	LC; AP
STELARA INJECTABLE 90MG/ML LC 2 mililitro(s) cada 84 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ SOLUTION 1MG/ML LC 600 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ TABLET 10MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ TABLET 5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ XR TABLET 11MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
XELJANZ XR TABLET 22MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
IMMUNOMODULATORY AGENTS		
ACTIMMUNE INJECTABLE 2MU/0.5	5	AP
AVONEX PEN KIT 30MCG LC 4 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
AVONEX PREFL KIT 30MCG LC 4 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
BESREMI SOLUTION 500MCG LC 2 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
COPAXONE INJECTABLE 20MG/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

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

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

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
COPAXONE INJECTABLE 40MG/ML LC 30 mililitro(s) cada 30 dia(s)	5	LC; AP
EXTAVIA INJECTABLE 0.3MG LC 28 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>fingolimod capsule 0.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
PLEGRIDY INJECTABLE LC 2 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
PLEGRIDY INJECTABLE PEN LC 2 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE 120MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE 240MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TECFIDERA CAPSULE STARTER LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>teriflunomid tablet 14mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>teriflunomid tablet 7mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
THALOMID CAPSULE 100MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 200MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
THALOMID CAPSULE 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC
VUMERITY CAPSULE 231MG LC 120 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA CAPSULE .92MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA CAPSULE STR KIT LC 28 cada 180 dia(s)	5	LC; AP
ZEPOSIA 7DAY CAPSULE STR PACK LC 7 cada 180 dia(s)	5	LC; AP

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
NONHORMONAL CONTRACEPTIVES		
PHEXXI GEL	4	
RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO		
GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>darifenacin tablet 15mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>darifenacin tablet 7.5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fesoterodine tablet 4mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>fesoterodine tablet 8mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>flavoxate tablet 100mg</i>	2	
GELNIQUE GEL 10% LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
GEMTESA TABLET 75MG LC 30 cada 30 dia(s)	4	LC; TE
MYRBETRIQ SUSPENSION 8MG/ML LC 300 mililitro(s) cada 30 dia(s)	3	LC
MYRBETRIQ TABLET 25MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
MYRBETRIQ TABLET 50MG LC 30 cada 30 dia(s)	3	LC
<i>oxybutynin solution 5mg/5ml</i> LC 473 mililitro(s) cada 23 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 10mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 15mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg</i> LC 120 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>oxybutynin tablet 5mg er</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC

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

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

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

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>solifenacin tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>solifenacin tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tolterodine capsule 2mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tolterodine capsule 4mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>tolterodine tablet 1mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>tolterodine tablet 2mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>trospium chl capsule 60mg er</i> LC 30 cada 30 dia(s)	2	LC
<i>trospium cl tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>theophylline tablet 300mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 400mg er</i>	2	
<i>theophylline tablet 600mg er</i>	2	
RESPIRATORY TRACT AGENTS		
ANTIFIBROTIC AGENTS		
OFEV CAPSULE 100MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OFEV CAPSULE 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone capsule 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 267mg</i> LC 270 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 534mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>pirfenidone tablet 801mg</i> LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sod con 100/5ml</i>	2	AP
<i>cromolyn sod solution 4% op</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
FASENRA INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
FASENRA PEN INJECTABLE 30MG/ML LC 1 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>montelukast chw 4mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast chw 5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast gra 4mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>montelukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
NUCALA INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUCALA INJECTABLE 100MG/ML LC 3 mililitro(s) cada 28 dia(s)	5	LC; AP
NUCALA INJECTABLE 40MG/0.4 LC 0.40 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
<i>zafirlukast tablet 10mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
<i>zafirlukast tablet 20mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	1	LC
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO GRA 13.4MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO PACKET 25MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO PACKET 50MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
KALYDECO PACKET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP

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

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

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

CI - Cobertura de Insulina

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
KALYDECO TABLET 150MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 100-125 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 150-188 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI GRA 75-94MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI TABLET 100-125 LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
ORKAMBI TABLET 200-125 LC 112 cada 28 dia(s)	5	LC; AP
SYMDEKO TABLET 100-150 LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
SYMDEKO TABLET 50-75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA PACKET 59.5MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA PACKET 75MG LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA TABLET LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
TRIKAFTA TABLET LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
VASODILATING AGENTS		
ADEMPAS TABLET 0.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 1.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 1MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 2.5MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ADEMPAS TABLET 2MG LC 90 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>ambrisentan tablet 10mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>ambrisentan tablet 5mg</i> LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
<i>bosentan tablet 125mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
<i>bosentan tablet 62.5mg</i> LC 60 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 15MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 2.5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
CAMZYOS CAPSULE 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LETAIRIS TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
LETAIRIS TABLET 5MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
OPSUMIT TABLET 10MG LC 30 cada 30 dia(s)	5	LC; AP; AL
ORENITRAM TABLET 0.125MG LC 300 cada 30 dia(s)	4	LC; AP
ORENITRAM TABLET 0.25MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 1MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 2.5MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET 5MG LC 300 cada 30 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 1 LC 168 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 2 LC 336 cada 365 dia(s)	5	LC; AP
ORENITRAM TABLET MONTH 3 LC 252 cada 365 dia(s)	5	LC; AP

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

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

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

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
TRACLEER TABLET 32MG	5	LC; AP
LC 120 cada 30 dia(s)		
TYVASO DPI POW 16-32-48	5	LC; AP
LC 252 cada 180 dia(s)		
TYVASO DPI POW 16-32MCG	5	LC; AP
LC 196 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)		
UPTRAVI TABLET 1000MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 1200MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 1400MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 1600MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 200MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 400MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 600MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI TABLET 800MCG	5	LC; AP
LC 60 cada 30 dia(s)		
UPTRAVI PACK TABLET 200/800	5	LC; AP
LC 200 cada 30 dia(s)		
VENTAVIS SOLUTION 10MCG/ML	5	AP
VENTAVIS SOLUTION 20MCG/ML	5	AP
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS		
ANTI-INFECTIVES		
acyclovir oin 5%	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
ciclopirox cre 0.77%	2	
ciclopirox gel 0.77%	2	
ciclopirox sha 1%	2	
ciclopirox solution 8%	2	NM
ciclopirox suspension 0.77%	2	
CLEOCIN SUP 100MG	3	
clindam/benz gel 1.2-2.5%	2	TE
clindamy/ben gel 1-5%	2	TE
clindamy/ben gel 1.2-5%	1	
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 diprop	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	

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
BETAMETH VAL OIN 0.1%	2	
<i>calcip/betam suspension</i>	2	
<i>calcipotrien oin betameth</i>	2	
CAPEX SHA 0.01%	4	TE
<i>clobetasol aer 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol cre 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol gel 0.05%</i>	2	
<i>clobetasol lot 0.05%</i>	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	LC
LC 1000 cada 30 dia(s)		
<i>diclofenac gel 3%</i>	2	
<i>diclofenac solution 1.5%</i>	1	LC
LC 450 cada 30 dia(s)		
<i>diflorasone cre 0.05%</i>	2	
<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	

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

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

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

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>fluocin acet oin 0.025%</i>	2	
<i>fluocin acet solution 0.01%</i>	2	
<i>fluocinonide cre 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide cre 0.1%</i>	2	
<i>fluocinonide cre e 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide gel 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide oin 0.05%</i>	2	
<i>fluocinonide solution 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone cre 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone lot 0.05%</i>	2	
<i>fluticasone oin 0.005%</i>	2	
<i>halobetasol cre 0.05%</i>	2	
<i>halobetasol oin 0.05%</i>	2	
<i>hc butyrate cre 0.1%</i>	1	
HC BUTYRATE OIN 0.1%	1	
<i>hc butyrate solution 0.1%</i>	2	
<i>hc valerate oin 0.2%</i>	2	
<i>hydrocort cre 1%</i>	1	
HYDROCORT ENE 100MG	2	
<i>hydrocort lot 2.5%</i>	2	
<i>hydrocort oin 1%</i>	1	
<i>hydrocort oin 2.5%</i>	2	
<i>hydrocortiso cre 2.5%</i>	2	
HYDROCORTISO LOT 0.1%	2	
<i>mometasone cre 0.1%</i>	2	
<i>mometasone oin 0.1%</i>	2	
<i>mometasone solution 0.1%</i>	2	
<i>procto-med cre hc 2.5%</i>	2	
<i>proctosol hc cre 2.5%</i>	2	
<i>proctozone cre -hc 2.5%</i>	2	
<i>triamcinolon aer spray</i>	2	
<i>triamcinolon cre 0.025%</i>	1	
<i>triamcinolon cre 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon cre 0.5%</i>	1	
<i>triamcinolon lot 0.025%</i>	1	
<i>triamcinolon lot 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon oin 0.025%</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>triamcinolon oin 0.1%</i>	1	
<i>triamcinolon oin 0.5%</i>	1	
<i>triderm cre 0.5%</i>	1	
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapal/ben p gel 0.1-2.5%</i>	2	TE
<i>ammonium lac cre 12%</i>	1	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>accutane capsule 10mg</i>	2	
<i>accutane capsule 20mg</i>	2	
<i>accutane capsule 30mg</i>	2	
<i>accutane 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	5	LC; AP
150MG/ML		
LC 6 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
<i>amnestem capsule 10mg</i>	2	
<i>amnestem capsule 20mg</i>	2	
<i>amnestem capsule 40mg</i>	2	
<i>azelaic acid gel 15%</i>	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)		

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

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

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

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
CIBINQO TABLET 50MG	5	LC; AP
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>claravis capsule 10mg</i>	2	
<i>claravis capsule 20mg</i>	2	
<i>claravis capsule 30mg</i>	2	
<i>claravis capsule 40mg</i>	2	
COSENTYX INJECTABLE 300DOSE	5	LC; AP
LC 2 cada 28 dia(s)		
COSENTYX INJECTABLE 75MG/0.5	5	LC; AP
LC 2.50 cada 28 dia(s)		
COSENTYX PEN INJECTABLE	5	LC; AP
300DOSE		
LC 2 cada 28 dia(s)		
COSENTYX UNO INJECTABLE	5	LC; AP
300/2ML		
LC 2 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
<i>dapsone gel 5%</i>	2	TE
DUPIXENT INJECTABLE 100/0.67	5	LC; AP
LC 1.34 cada 28 dia(s)		
DUPIXENT INJECTABLE 200/1.14	5	LC; AP
LC 3.42 cada 28 dia(s)		
DUPIXENT INJECTABLE 200MG	5	LC; AP
LC 3.42 cada 28 dia(s)		
DUPIXENT INJECTABLE 300/2ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
DUPIXENT INJECTABLE 300/2ML	5	LC; AP
LC 8 mililitro(s) cada 28 dia(s)		
FINACEA AER 15%	4	
<i>finasteride tablet 5mg</i>	1	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
<i>fluorouracil cre 5%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 2%</i>	2	
<i>fluorouracil solution 5%</i>	2	
HYFTOR GEL 0.2%	5	AP
ILUMYA SOLUTION 100MG/ML	5	AP
<i>imiquimod cre 5%</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 10mg</i>	2	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
<i>isotretinoin capsule 20mg</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 30mg</i>	2	
<i>isotretinoin capsule 40mg</i>	2	
<i>nitro-bid oin 2%</i>	4	
<i>nitroglycer dis 0.1mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.2mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.4mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycer dis 0.6mg/hr</i>	1	
<i>nitroglycrn spr 0.4mg</i>	1	
NITROLINGUAL SPR	1	
PUMPSPRA		
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)		
RECTIV OIN 0.4%	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
RHOFADE CRE 1%	4	LC
LC 30 cada 30 dia(s)		
SANTYL OIN 250/GM	4	
SKYRIZI INJECTABLE	5	LC; AP
150MG/ML		
LC 1 mililitro(s) cada 84 dia(s)		
SKYRIZI INJECTABLE 180/1.2	5	LC; AP
LC 1.20 cada 56 dia(s)		
SKYRIZI INJECTABLE 360/2.4	5	LC; AP
LC 2.40 cada 56 dia(s)		
SKYRIZI PEN INJECTABLE	5	LC; AP
150MG/ML		
LC 1 mililitro(s) cada 84 dia(s)		
<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

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

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

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

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>tazarotene gel 0.05%</i>	2	
<i>tazarotene gel 0.1%</i>	2	
TAZORAC CRE 0.05%	4	TE
VALCHLOR GEL 0.016% LC 120 cada 30 día(s)	5	LC; AP
VTAMA CRE 1% LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
<i>zenatane capsule 10mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 20mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 30mg</i>	2	
<i>zenatane capsule 40mg</i>	2	
ZORYVE CRE 0.3% LC 60 cada 30 día(s)	4	LC; TE
SUMINISTROS		
SUPPLIES		
GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2 LC 100 cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN PEN NEEDLE LC 200 cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2ML LC 200 mililitro(s) cada 30 día(s)	2	LC
ISOPROPYL ALCOHOL 0.7ML/ML MEDICATED PAD	2	
NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY LC 200 cada 30 día(s)	2	LC
VITAMINAS		
VITAMIN D		
<i>calcitriol capsule 0.25mcg</i>	1	
<i>calcitriol capsule 0.5mcg</i>	1	

Medicamento	Nivel	Requisitos /Límites
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	
VITAMINS		
VITAMIN B COMPLEX		
<i>niacin tablet 500mg er</i> LC 120 cada 30 día(s)	1	LC
<i>niacin er tablet 1000mg</i> LC 120 cada 30 día(s)	1	LC
<i>niacin er tablet 750mg</i> LC 120 cada 30 día(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.

Índice

abaca/lamivu tablet	35	alfuzosin tablet	40	amp/sulbacta injectable	2
abacavir solution	35	ALISKIREN	43	amphet/dextr capsule	44
abacavir tablet	35	allopurinol tablet	31	amphet/dextr tablet	44
ABILIFY	15	ALOG/PIOGLIT	60	amphotericin injectable	34
abiraterone tablet	5	ALOGLIPTIN	60	ampicillin capsule	2
ABRYSVO	39	ALOGLIPTIN/	60	ampicillin injectable	2
acampro cal tablet	50	ALOMIDE	54	amp-sulbacta injectable	2
acarbose tablet	60	ALOSETRON	57	anagrelide capsule	40
accutane capsule	88	ALPHAGAN	55	anastrozole tablet	69
acebutolol capsule	75	alprazolam con	48	ANORO	71
acetazolamid capsule	55	alprazolam tablet	48	ANZEMET	80
acetazolamid tablet	55	ALREX	56	apap/codeine tablet	21,22
acetic acid solution	57	ALTOPREV	73	APLENZIN	15
acetylcyst solution	32	ALTRENO	13	APOKYN	46
acitretin capsule	88	ALUNBRIG	5	apomorphine injectable	46
ACTEMRA	81	amabelz tablet	67	APRACLONIDIN	57
ACTHIB	39	amantadine capsule	46	aprepitant capsule	80
ACTIMMUNE	82	amantadine solution	46	aprepitant packet	80
acyclovir capsule	35	amantadine tablet	46	apri tablet	67
acyclovir na injectable	35	ambrisentan tablet	85	APTOM	26
acyclovir oin	86	amcinonide lot	87	APTIVUS	35
acyclovir suspension	35	amcinonide oin	87	ARALAST	31
acyclovir tablet	35	amethia tablet	67	aranelle tablet	67
ADACEL	38	amikacin injectable	2	ARANESP	41,42
adapal/ben p gel	88	amilor/hctz tablet	52	ARCALYST	33
adapalene cre	88	AMILORIDE	52	AREXVY	39
adapalene gel	88	amiodarone tablet	78	arformoterol neb	72
ADBRY	88	amitriptylin tablet	15	ARIKAYCE	2
adefov dipiv tablet	35	amlod/atorva tablet	76	aripiprazole solution	15
ADEMPAS	85	amlod/benazp capsule	76	aripiprazole tablet	15
ADVAIR	58	amlod/olmesa tablet	76	ARISTADA	15
AIMOVIG	13	amlod/valsar tablet	76	armodafinil tablet	44
AJOVY	13	amlodipine tablet	76	ARNUITY	58
ala-cort cre	87	ammonium lac cre	88	asa/dipyrida capsule	78
albendazole tablet	1	amnestem capsule	88	ascomp/cod capsule	44
ALBUTEROL	72	amox/k clav chw	2	ASENAPINE	15
albuterol aer hfa	72	amox/k clav suspension	2	asenapine sub	15
albuterol neb	72	amox/k clav tablet	2	ASMANEX	58
albuterol syrup	72	amoxapine tablet	15	ASTAGRAF	31
albuterol tablet	72	amoxicillin capsule	2	atazanavir capsule	35
alclometason cre	87	amoxicillin chw	2	atenol/chlor tablet	52
alclometason oin	87	amoxicillin suspension	2	atenolol tablet	75
ALECENSA	5	amoxicillin tablet	2	atomoxetine capsule	50
alendronate tablet	32	amox-pot cla tablet er	2	atorvastatin tablet	73

Índice

atovaq/progu tablet	1	beta diprop cre	87	budesonide capsule	58
atovaquone suspension	1	beta diprop gel	87	budesonide suspension	58
ATROVENT	71	beta diprop lot	87	BUMETANIDE	52
AURYXIA	51	betaine anhy pow	33	bumetanide tablet	52
AUSTEDO	51	BETAMETH	87	bupren/nalox mis	22
AUVELITY	15	betameth dip cre	87	bupren/nalox sub	22
AUVI-Q	72	betameth dip lot	87	BUPRENORPHIN	22
aviane tablet	67	betameth dip oin	87	buprenorphin sub	22
AVONEX	82	betameth val aer	87	bupropion tablet	15
AYVAKIT	6	BETAXOLOL	55	bupropn hcl tablet	15
AZASITE	55	betaxolol tablet	75	buspirone tablet	48
azathioprine tablet	31	bethanechol tablet	39,40	but/apap/caf capsule	45
azel/flutic spr	31	BETOPTIC-S	55	but/apap/caf capsule	
azelaic acid gel	88	BEVESPI	71	codeine	45
azelastine dro	54	BEXAROTENE	6	but/apap/caf tablet	45
azelastine spr	54	bexarotene gel	88	but/asa/caf/ capsule	
AZELEX	88	BEXSERO	39	codeine	45
AZITHROMYCIN	2	bicalutamide tablet	6	but/asa/caff capsule	45
azithromycin injectable	2	BICILLIN	2	butorphanol solution	22
azithromycin suspension	2	BIKTARVY	35	cabergoline tablet	47
azithromycin tablet	2	bimatoprost solution	55	CABLIVI	40
aztreonam injectable	2	bismth/metr/ capsule		CABOMETYX	6
bacit/polymy oin op	55	tetracy	79	CALC	53
bacitracin oin op	55	bisoprl/hctz tablet	52	calcip/betam suspension	87
baclofen tablet	73	bisoprol fum tablet	75	CALCIPOTRIEN	88
balsalazide capsule	57	BIVIGAM	38	calcipotrien oin	88
BALVERSA	6	blisovi fe tablet	67	calcipotrien oin betameth	87
balziva tablet	67	BOOSTRIX	39	calcipotrien solution	88
BAQSIMI	63	bosentan tablet	85	calcitonin spr	70
BARACLUDE	35	BOSULIF	6	CALCITRIOL	90
BAXDELA	2	BRAFTOVI	6	calcitriol capsule	90
BCG	39	BREO	58	calcitriol solution	90
BECONASE	56	BREZTRI	58	CALQUENCE	6
BELBUCA	22	briellyn tablet	67	camila tablet	67
BELSOMRA	48	BRILINTA	40	CAMZYOS	85
benazep/hctz tablet	52	brimonidine solution	55	CANDESA/HCTZ	52
benazepril tablet	43	brinzolamide suspension	55	candesartan tablet	43
BENLYSTA	31	BRIVIACT	26	CAPEX	87
BENZNIDAZOLE	1	bromfenac solution	56	CAPLYTA	16
benztropine tablet	47	bromocriptin capsule	47	CAPRELSA	6
bepotastine dro	54	bromocriptin tablet	47	captopril tablet	43
BESIVANCE	55	BRUKINSA	6	CARB/LEVO	47
BESREMI	82	BUDES/FORMOT	58	carb/levo er tablet	47
BETA	87	BUDESONIDE	57	carb/levo tablet	47

Índice

CARB/LEVO100	47	CHEMET	34	clindamycin solution	3,86
CARB/LEVO125	47	chenodal tablet	80	CLINIMIX	51
CARB/LEVO150	47	chlorhex glu solution	55	clinisol sf injectable	51
CARB/LEVO200	47	chloroquine tablet	1	clobazam suspension	26
CARBAMAZEPIN	26	chlorpromaz tablet	16	clobazam tablet	26,27
carbamazepin chw	26	chlorpromazi con	16	clobetasol aer	87
carbamazepin suspension	26	chlorthalid tablet	52	clobetasol cre	87
carbamazepin tablet	26	CHOLBAM	57	clobetasol e cre	87
carbidopa tablet	47	cholestyram pow	73	clobetasol gel	87
carglumic tablet	52	CIBINQO	88,89	clobetasol lot	87
carisoprodol tablet	73	ciclopirox cre	86	clobetasol oin	87
carteolol solution	75	ciclopirox gel	86	clobetasol sha	87
cartia xt capsule	76	ciclopirox sha	86	clobetasol solution	87
carvedilol capsule	75	ciclopirox solution	86	clobetasol spr	87
carvedilol tablet	75	ciclopirox suspension	86	clomipramine capsule	16
caspofungin injectable	34	cilostazol tablet	40	clonazep odt tablet	27
CAYSTON	2	CILOXAN	55	clonazepam tablet	27
cefaclor capsule	2	CIMDUO	35	clonidine dis	78
cefaclor er tablet	2	cimetidine tablet	79	clonidine tablet	78
cefadroxil capsule	2	CIMZIA	81	clopidogrel tablet	40
cefadroxil suspension	2	cinacalcet tablet	70	cloraz dipot tablet	48
cefadroxil tablet	2	CIPRO	55	clotrim/beta cre diprop	86
cefazolin injectable	2	cipro/dexa suspension	55	clotrim/beta lot diprop	86
cefdinir capsule	2	CIPROFLOXACN	55	clotrimazole cre	86
cefdinir suspension	2	ciprofloxacn injectable	3	clotrimazole solution	86
cefepime injectable	3	ciprofloxacn solution	55	clotrimazole tro	86
cefixime capsule	3	ciprofloxacn tablet	3	clozapine tablet	16
cefixime suspension	3	CITALOPRAM	16	COARTEM	1
cefoxitin injectable	3	citalopram solution	16	CODEINE	22
cefundo prox suspension	3	citalopram tablet	16	COLCHICINE	31
cefpodoxime tablet	3	claravis capsule	89	colchicine tablet	31
cefprozil suspension	3	CLARINEX-D	71	colesevelam packet	73
cefprozil tablet	3	clarithromyc suspension	3	colesevelam tablet	73
ceftazidime injectable	3	clarithromyc tablet	3	COLESTIPOL	73
ceftriaxone injectable	3	CLENPIQ	80	colestipol tablet	73
cefuroxime injectable	3	CLEOCIN	86	colistimeth injectable	3
cefuroxime tablet	3	clindam/benz gel	86	COMBIGAN	55
celecoxib capsule	22	clindamy/ben gel	86	COMBIVENT	71
cephalexin capsule	3	clindamy/d	3	COMETRIQ	6
cephalexin suspension	3	CLINDAMYCIN	86	COMPLERA	35
cephalexin tablet	3	clindamycin capsule	3	compro sup	16
CERDELGA	33	clindamycin gel	86	constulose solution	52
cetirizine solution	71	clindamycin injectable	3	COPAXONE	82,83
cevimeline capsule	40	clindamycin mis	86	COPIKTRA	6

Índice

CORLANOR	78	DESCOVY	35,36	diflunisal tablet	22
COSENTYX	89	desipramine tablet	16	difluprednat emu	56
COTELLIC	6	desloratadin tablet	71	DIGOXIN	78
CREON	80,81	desmopressin spr	68	digoxin tablet	79
CRINONE	68	desmopressin tablet	68	dihydroergot spr	40
cromolyn sod con	84	deso/ethinyl tablet estradio	67	dilantin capsule	27
cromolyn sod neb	31	desonide cre	87	dilantin chw	27
cromolyn sod solution	84	desonide gel	87	DILANTIN-125	27
cryselle-	67	desonide lot	87	DILTIAZEM	77
cyclobenzapr tablet	73	desonide oin	87	diltiazem capsule	76,77
CYCLOPHOSPH	6	DESOXIMETAS	87	diltiazem er tablet	77
cyclophosph capsule	6	desoximetas cre	87	diltiazem tablet	77
cyclosporine capsule	31,32	desoximetas gel	87	dilt-xr capsule	76
cyclosporine emu	56	desoximetas oin	87	DIP/TET	39
cyclosporine solution		desoximetaso spr	87	DIPENTUM	57
modified	32	DESVENLAFAX	16	diphen/atrop liq	79
ciproheptad syrup	71	desvenlafax tablet	16	diphen/atrop tablet	79
ciproheptad tablet	71	dexameth pho solution	56	disulfiram tablet	32
CYSTADROPS	57	dexamethason solution	58	DIURIL	52
CYSTAGON	33	dexamethason tablet	58,59	divalproex capsule	27
CYSTARAN	57	dexlansopraz capsule	79	divalproex tablet	27
D10W/NACL	53	dexmethylph capsule	45	dofetilide capsule	79
D2.5W/NACL	53	dexmethylnphe capsule	45	dolishale tablet	67
D5W/NACL	53	dexmethylnphe capsule er	45	donepezil tablet	40
dabigatran capsule	40	dextroamphet capsule	45	DOPTLET	42
dalfampridin tablet	33	DEXTROSE	51	dorzol/timol solution	55
DALVANCE	3	DIACOMIT	27	dorzolamide solution	55
danazol capsule	66	DIAZEPAM	49	dotti dis	69
dantrolene capsule	73	diazepam con	48	DOVATO	36
dapsone gel	89	diazepam solution	49	doxazosin tablet	43
dapsone tablet	1	diazepam tablet	49	doxepin hcl capsule	16
DAPTACEL	39	diazoxide suspension	63	doxepin hcl con	16
daptomycin injectable	3	diclofen pot tablet	22	doxercalcif capsule	90
daptomycin solution	3	diclofenac gel	87	doxy	4
darifenacin tablet	83	diclofenac pow	22	doxycyc mono capsule	4
darunavir tablet	35	diclofenac solution	56,87	doxycyc mono tablet	4
DAURISMO	6	diclofenac tablet	22	doxycycl hyc capsule	4
deferasirox gra	34	dicloxacill capsule	3	doxycycl hyc tablet	4
deferasirox tablet	34	dicyclomine capsule	71	doxycycline suspension	4
deferiprone tablet	34	dicyclomine solution	71	doxycycline tablet	4
DELSTRIGO	35	dicyclomine tablet	71	dronabinol capsule	80
depo-estradi injectable	69	DIFICID	3,4	drospir/ethi tablet	67
DEPO-SQ	68	diflorasone cre	87	DROSPIRE/ETH	67
depo-testost injectable	66	diflorasone oin	87	DROXIA	6

Índice

droxidopa capsule	72	eplerenone tablet	43	EVENITY	81
DULERA	59	EPOGEN	42	everolimus tablet	7
duloxetine capsule	16	EPRONTIA	27	EVOTAZ	33
DUPIXENT	89	EQUETRO	27	EVRYSDI	33
dutast/tamsu capsule	32	ergoloid mes tablet	40	exemestane tablet	69
dutasteride capsule	32	ERIVEDGE	6	EXKIVITY	7
econazole cre	86	ERLEADA	6	EXSERVAN	50
EDARBYCLOR	52	erlotinib tablet	6,7	EXTAVIA	83
EDURANT	36	errin tablet	67	ezetim/simva tablet	73
efavir/emtri tablet tenofovi	36	ertapenem injectable	4	ezetimibe tablet	73
efavir/lamiv tablet tenofovi	36	ery pad	86	famciclovir tablet	36
efavirenz capsule	36	ery/benzoyl gel	86	famotidine suspension	79
efavirenz tablet	36	ERYPED	4	famotidine tablet	79
eletriptan tablet	13	ERYTHROCIN	4	FANAPT	17
ELIGARD	70	erythrocin tablet	4	FARXIGA	60
ELIQUIS	40	erythrom eth suspension	4	FASENRA	84
ELMIRON	32	ERYTHROMYCIN	4	febuxostat tablet	31
eluryng mis	67	erythromycin gel	86	felbamate suspension	27
EMCYT	6	erythromycin oin	55	felbamate tablet	27,28
EMGALITY	13	erythromycin solution	86	felodipine tablet	77
EMSAM	16,17	erythromycin tablet	4	FEMRING	69
emtr/ten df tablet	36	escitalopram solution	17	FENOFIBRATE	73,74
emtr/tenofov tablet	36	escitalopram tablet	17	fenofibrate capsule	73,74
emtricitabin capsule	36	esomepra mag capsule	79	fenofibrate tablet	74
EMTRIVA	36	estarylla tablet	67	fenofibric capsule	74
enalapr/hctz tablet	52	estra/noreth tablet	67	FENOPROFEN	23
enalapril tablet	43	ESTRADIOL	69	fenoprofen tablet	23
ENBREL	81	estradiol cre	69	FENTANYL	23
ENDARI	33	estradiol dis	69	fentanyl dis	23
endocet tablet	22	estradiol tablet	69	FERRIPROX	34
ENGERIX-B	39	eszopiclone tablet	49	fesoterodine tablet	83
enoxaparin injectable	57	ethacrynic tablet acd	52	FETZIMA	17
ENSPRYNG	32	ethambutol tablet	1	FIASP	60
ENSTILAR	87	ethosuximide capsule	27	FILSPARI	33
entacapone tablet	47	ethosuximide solution	27	FINACEA	89
ENTADFI	78	ethy eth est tablet	67	finasteride tablet	89
entecavir tablet	36	ethynodiol tablet	67	finbolimod capsule	83
ENTRESTO	43	etodolac capsule	23	FINTEPLA	28
enulose solution	52	etodolac er tablet	23	FIRDAPSE	33
ENVARUSUS	32	etodolac tablet	23	FIRMAGON	70
EPIDIOLEX	27	etonogestrel mis ethy est	67	FIRVANQ	4
EPINEPHRINE	72	etravirine tablet	36	FLAREX	56
epinephrine injectable	72	EUCRISA	87	flavoxate tablet	83
epitol tablet	27	EUTHYROX	64	FLEBOGAMMA	38

Índice

flecainide tablet	79	fosinopril tablet	43	GLASSIA	31
FLOVENT	59	FOTIVDA	7	GLEOSTINE	7
fluconazole suspension	34	FROVATRIPTAN	13	glimepiride tablet	60
fluconazole tablet	34,35	FULPHILA	42	glip/metform tablet	60
fluconazole/ injectable nacl	35	furosemide injectable	78	glipizide er tablet	60
flucytosine capsule	35	furosemide solution	52	glipizide tablet	60
fludrocort tablet	59	furosemide tablet	52	GLUCAGEN	63
flunisolide spr	56	FUZEON	36	GLUCAGON	63
fluocin acet cre	87	fyavolv tablet	67	glyb/metform tablet	60
fluocin acet oil	56,87	FYCOMPA	28	glycopyrrol tablet	71
fluocin acet oin	88	FYLNETRA	42	glycopyrrola solution	71
fluocin acet solution	88	gabapentin capsule	28	GLYXAMBI	60
fluocinonide cre	88	gabapentin solution	28	granisetron tablet	80
fluocinonide cre e	88	gabapentin tablet	28	GRANIX	42
fluocinonide gel	88	GALAFOLD	33	griseofulvin suspension	35
fluocinonide oin	88	galantamine capsule	40	griseofulvin tablet micr	35
fluocinonide solution	88	galantamine solution	40	griseofulvin tablet ultr	35
FLUOROMETHOL	56	galantamine tablet	40	guanfacine tablet	50
fluorouracil cre	89	GAMMAGARD	38	GVOKE	63
fluorouracil solution	89	GAMMAKED	38	HAEGARDA	33
fluoxetine capsule	17	GAMMAPLEX	38	hailey	67
fluoxetine solution	17	GAMUNEX-C	38	halobetasol cre	88
fluoxetine tablet	17	GARDASIL	39	halobetasol oin	88
fluphenaz de injectable	17	GATIFLOXACIN	55	haloette mis	67
fluphenazine elx	17	GATTEX	57	haloper dec injectable	17
fluphenazine injectable	17	GAUZE	90	haloper lac injectable	17
fluphenazine tablet	17	gavilyte-c solution	80	haloperidol con	17
flurbiprofen solution	56	gavilyte-g solution	80	haloperidol tablet	17,18
flurbiprofen tablet	23	GAVRETO	7	HAVRIX	39
FLUTIC/SALME	59,72	gefitinib tablet	7	HC	88
fluticasone cre	88	GELNIQUE	83	hc butyrate cre	88
fluticasone lot	88	gemfibrozil tablet	74	hc butyrate solution	88
fluticasone oin	88	GEMTESA	83	hc pramoxine cre	13
fluticasone spr	56	generlac solution	52	hc valerate oin	88
fluvastatin capsule	74	gengraf capsule	32	hc/acet acid solution otic	33
FLUVOXAMINE	17	gengraf solution	32	HEMADY	59
fluvoxamine capsule	17	GENOTROPIN	66	heparin sod injectable	41
FML	56	gentam/nacl injectable	4	HEPLISAV-B	39
FONDAPARINUX	40,41	gentamicin cre	86	HETLIOZ	49
fondaparinux injectable	41	gentamicin injectable	4	HIBERIX	39
formoterol neb	72	gentamicin oin	86	HUMALOG	60,61
fosamprenavi tablet	36	gentamicin solution	55	HUMATROPE	66
fosfomycin pow	1	GENVOYA	36	HUMIRA	81,82
fosinop/hctz tablet	52	GILOTRIF	7	HUMULIN	61

Índice

hydralazine tablet	78	INLYTA	8	june fe tablet	67
hydrochlorot capsule	52	INQOVI	8	JUXTAPID	74
hydrochlorot tablet	52	INREBIC	8	JYNARQUE	53
hydroco/apap tablet	23	INS	61	JYNNEOS	39
hydrocod/ibu tablet	23	INSULIN	61,90	KALYDECO	84,85
HYDROCORT	59,88	INTELENCE	36	kariva tablet	67
hydrocort cre	88	INTRAROSA	59	kcl/d	54
hydrocort lot	88	introvale tablet	67	KCL/D5W/LACT	53
hydrocort oin	88	INVEGA	18	KCL/D5W/NACL	54
hydrocort tablet	59	IOPIDINE	57	kelnor	67
HYDROCORTISO	88	IPOL	39	kelnor tablet	67
hydrocortiso cre	88	ipratropium solution	71	KERENDIA	43
hydromorphon tablet	23	ipratropium spr	57	ketoconazole cre	86
hydroxychlor tablet	1	ipratropium/ solution		ketoconazole sha	86
hydroxyurea capsule	7	albuter	71	ketoconazole tablet	35
hydroxyz hcl tablet	49	irbesar/hctz tablet	53	ketoprofen capsule	24
hydroxyz pam capsule	49	irbesartan tablet	43	KETOROLAC	56
HYFTOR	89	ISENTRESS	36	ketorolac solution	56
ibandronate tablet	32	ISOLYTE-P	51	KEVEYIS	81
IBRANCE	7	ISOLYTE-S	53	KEVZARA	82
ibu tablet	23	isoniazid tablet	1	KINERET	82
ibuprofen tablet	23	ISOPROPYL	90	KINRIX	39
icatibant injectable	33	isosorb din tablet	78	KISQALI	8,69
iclevia tablet	67	isosorb mono tablet	78	KLOR-CON	54
ICLUSIG	7	isotretinoin capsule	89	klor-con m	54
icosapent capsule	74	isradipine capsule	77	klor-con packet	54
IDHIFA	7	ISTURISA	33	KLOXXADO	26
ILEVRO	56	ITRACONAZOLE	35	KORLYM	63
ILUMYA	89	itraconazole capsule	35	KOSELUGO	8
imatinib mes tablet	7	ivermectin cre	86	KRAZATI	8
IMBRUVICA	8	ivermectin tablet	1	KRINTAFEL	1
imipenem/cil injectable	4	IXIARO	39	labetalol tablet	75
imipram hcl tablet	18	JAKAFI	8	lacosamide solution	28
imipram pam capsule	18	jantoven tablet	41	lacosamide tablet	28
imiquimod cre	89	JANUMET	61	lactulose packet	52
IMOVAX	39	JANUVIA	61	lactulose solution	52
IMPAVIDO	1	JARDIANCE	61	LAMICTAL	28
IMVEXXY	69	jasmiel tablet	67	lamivud/zido tablet	36
INBRIJA	47	JAYPIRCA	8	lamivudine solution	36
INCRELEX	66	JENTADUETO	61	lamivudine tablet	36
INCRUSE	71	jinteli tablet	67	lamotrig odt kit	28
indapamide tablet	52	JULUCA	36	lamotrigine chw	28
indomethacin capsule	23,24	june fe	67	lamotrigine kit odt	28
INFANRIX	39	june fe	67	lamotrigine kit start	28

Índice

lamotrigine tablet	28,29	lidocaine solution	13	lyleq tablet	68
LAMPIT	1	linezolid injectable	4	lyllana dis	69
lansopr/amox packet		linezolid suspension	4	LYNPARZA	9
/clarith	79	linezolid tablet	4	LYSODREN	9
lansoprazole capsule	79	LINZESS	57	LYTGOBI	9
lansoprazole tablet	79	liothyronine tablet	64	MAGNESIUM	29
lanthanum chw	51,52	lisdexamfeta capsule	45	magnesium su injectable	29
LANTUS	61	lisinop/hctz tablet	53	maraviroc tablet	37
lapatinib tablet	8	lisinopril tablet	43	marlissa tablet	68
latanoprost solution	55	LITHIUM	13	MARPLAN	18
LEDIP-SOFOSB	36	lithium carb capsule	13	MATULANE	9
leflunomide tablet	82	lithium carb tablet	13	matzim la tablet	77
lenalidomide capsule	8	lithium solution	13	MAVENCLAD	32
LENVIMA	8,9	LIVALO	74	MAVYRET	37
lessina tablet	67	LIVTENCITY	36	MAXIDEX	56
LETAIRIS	85	LO	67	meclizine tablet	80
letrozole tablet	69	loestrin	67	meclofen sod capsule	24
leucovor ca tablet	32	loestrin fe tablet	68	medroxypr ac injectable	68,69
LEUKERAN	9	loestrin tablet	67	medroxypr ac tablet	69
LEUKINE	42	LOKELMA	52	mefloquine tablet	1
LEUPROLIDE	70	LONSURF	9	megestrol ac suspension	69
leuprolide injectable	70	loperamide capsule	79	megestrol ac tablet	69
LEVALBUTEROL	72	lopin/riton solution	36	megestrol suspension	69
levalbuterol neb	72	lopin/riton tablet	37	MEKINIST	9
LEVEMIR	62	lorazepam con	49	MEKTOVI	9
levetiraceta solution	29	lorazepam tablet	49	meloxicam tablet	24
levetiraceta tablet	29	LORBRENA	9	MEMANT	50
levobunolol solution	55	loryna tablet	68	memantine hc capsule	50
levocetirizi solution	71	losartan pot tablet	44	memantine hc solution	50
levocetirizi tablet	71	losartan/hct tablet	53	memantine tablet hcl	50
levo-eth est tablet	67	LOTEMAX	56	MENACTRA	39
levoflox/d	4	LOTEPREDNOL	56	MENQUADFI	39
levofloxacin solution	55	lovastatin tablet	74	MENVEO	39
levofloxacin tablet	4	loxapine capsule	18	mercaptapur tablet	9
levonest tablet	67	lubiprostone capsule	57	meropenem injectable	4
levonor/ethi tablet	67	LUCEMYRA	72	merzee capsule	68
levonor/ethi tablet estradio	67	LUMAKRAS	9	mesalamine capsule	57
levora-	67	LUMIGAN	55	mesalamine ene	57
levothyroxin tablet	64	LUPKYNIS	32	mesalamine tablet	57
LEVOXYL	64	LUPR	70	MESNEX	32
LEXIVA	36	LUPRON	70	metaxalone tablet	73
lido/prilocn cre	13	lurasidone tablet	18	metformin solution	62
lidocaine oin	13	lutera tablet	68	metformin tablet	62
lidocaine pad	13	LYBALVI	18	methadone solution	24

Índice

methadone tablet	24	mirtazapine tablet	18	naproxen tablet	24,25
methazolamid tablet	55	misoprostol tablet	79	naratriptan tablet	13
methenam hip tablet	1	M-M-R	39	NATACYN	55
methimazole tablet	64	modafinil tablet	46	nateglinide tablet	62
methocarbam tablet	73	moexipril tablet	44	NATPARA	71
METHOTREXATE	9	molindone tablet hcl	18	NAYZILAM	49
methotrexate injectable	9	mometasone cre	88	nebivolol tablet	75
methotrexate tablet	9	mometasone oin	88	necon tablet	68
methoxsalen capsule	13	mometasone solution	88	NEEDLES,	90
methscopolam tablet	71	mometasone spr	56	nefazodone tablet	19
methsuximide capsule	29	montelukast chw	84	neo/bac/poly oin op	55
METHYLPHENID	45,46	montelukast gra	84	neo/poly/bac oin /hc	56
methylphenid capsule	45,46	montelukast tablet	84	NEO/POLY/DEX	56
methylphenid chw	46	MORPHINE	24	neo/poly/dex suspension	56
methylphenid pad	46	morphine sul capsule	24	neo/poly/gra solution op	56
methylphenid solution	46	morphine sul solution	24	neo/poly/hc solution	56
methylphenid tablet	46	morphine sul tablet	24	neo/poly/hc suspension	56
methylpred tablet	59	MOTEGRITY	80	neo/poly/hc suspension op	56
metoclopram solution	80	MOVANTIK	57	neomycin tablet	4
metoclopram tablet	80	moxifloxacin solution hcl	55	NERLYNX	9
metolazone tablet	53	moxifloxacin tablet	55	NEULASTA	42
metoprl/hctz tablet	53	MULPLETA	42	NEUPOGEN	42
metoprol suc tablet	75	mult electro injectable ph	54	NEUPRO	47
metoprol tar tablet	75	MULTAQ	79	NEVANAC	56
METRONIDAZOL	86	mupirocin cre	87	nevirapine suspension	37
metronidazol capsule	1	mupirocin oin	87	nevirapine tablet	37
metronidazol cre	86	MYALEPT	70	NEXLETOL	74
metronidazol gel	86	MYCAPSSA	71	NEXLIZET	74
metronidazol injectable	1	mycophenolat capsule	32	niacin er tablet	90
metronidazol tablet	1	mycophenolat suspension	32	niacin tablet	90
METYROSINE	33	mycophenolat tablet	32	nicardipine capsule	77
mexiletine capsule	79	mycophenolic tablet	32	NICOTROL	72
micafungin injectable	35	MYFEMBREE	70	nifedipine capsule	77
miconazole	86	MYRBETRIQ	83	nifedipine tablet	77
micrgstin	68	nabumetone tablet	24	nilutamide tablet	9
microgestin tablet	68	nadolol tablet	75	nimodipine capsule	77
microgestin tablet fe	68	nafcillin injectable	4	NINLARO	9
midodrine tablet	72	naftifine cre hcl	87	NISOLDIPINE	77
miglitol tablet	62	naloxone hcl spr	26	nisoldipine tablet	77
miglustat capsule	33	naloxone injectable	26	nitazoxanide tablet	1
mili tablet	68	naltrexone tablet	26	nitisinone capsule	33,34
mimvey tablet	68	NAMZARIC	50	nitro-bid oin	89
minocycline capsule	4	naproxen sod tablet	25	nitrofur mac capsule	1
minoxidil tablet	78	naproxen suspension	24	nitrofurantn capsule	1

Índice

nitrofurantn suspension	1	nystop pow	87	oxcarbazepin suspension	29
nitroglycer dis	89	NYVEPRIA	42	oxcarbazepin tablet	29
nitroglyceri sub	78	OICALIVA	58	OXERVATE	57
nitroglycer sub	78	OCTAGAM	38	oxiconazole cre nitrate	87
nitroglycer spr	89	octreotide injectable	71	oxybutynin solution	83
NITROLINGUAL	89	ODEFSEY	37	oxybutynin tablet	83
NITYR	34	ODOMZO	9	oxycod/apap tablet	25
NIVESTYM	42	OFEV	84	OXYCODONE	25
nizatidine capsule	79	ofloxacin dro	56	oxycodone capsule hcl	25
NORDITROPIN	66	ofloxacin tablet	4	oxycodone con	25
noreth/ethin tablet	68	OJJAARA	9	oxycodone solution	25
noreth/ethin tablet fe	68	olanza/fluox capsule	19	oxycodone tablet	25
norethin ace tablet	68	olanzapine injectable	19	oxymorphone tablet	25
norethindron tablet	68	olanzapine tablet	19	OZEMPIC	62
norgest/ethi tablet	68	olm med/amlo tablet /hctz	53	pacerone tablet	79
norgest/ethi tablet estradio	68	olm med/hctz tablet	53	paliperidone tablet er	19
NORPACE	79	olmesa medox tablet	44	PALYNZIQ	54
nortrel tablet	68	olopatadine dro	55	PANCREAZE	81
nortriptylin capsule	19	olopatadine spr	55	PANRETIN	89
nortriptylin solution	19	OLUMIANT	82	pantoprazole packet	80
NORVIR	37	omega-	74	pantoprazole tablet	80
NOURIANZ	50	omeprazole capsule	79,80	paricalcitol capsule	90
NOVOLIN	62	OMNARIS	59	paromomycin capsule	1
NOVOLOG	62	OMNITROPE	67,68	paroxetin er tablet	19
NOXAFIL	35	ondansetron solution	80	paroxetine suspension	19
NUBEQA	9	ondansetron tablet	80	paroxetine tablet	19
NUCALA	84	ONGENTYS	47	PAXIL	19
NUDEXTA	50	ONUREG	9	PEDIARIX	39
NUPLAZID	19	OPSUMIT	85	PEDVAX	39
NURTEC	13	ORENCIA	82	peg-	80
NUTRILIPID	51	ORENITRAM	85	PEG/NASUL/C/	80
NUTROPIN	66,67	ORFADIN	34	PEG-3350	80
NUZYRA	4	ORGOVYX	70	PEGASYS	37
nyamyc pow	87	ORIAHNN	69	PEMAZYRE	9
nylia tablet	68	ORLISSA	70	PEN	4,5
NYMALIZE	78	ORKAMBI	85	pen g sodium injectable	4
nymyo tablet	68	ORLADEYO	33	PENCICLOVIR	87
nystat/triam cre	87	ORSERDU	9	penicillamin tablet	34
nystat/triam oin	87	oseltamivir capsule	37	penicilln gk injectable	5
nystatin cre	87	oseltamivir suspension	37	penicilln vk solution	5
nystatin oin	87	OSMOLEX	14,47	penicilln vk tablet	5
nystatin pow	87	OSPHENA	70	PENTACEL	39
nystatin suspension	35	OTEZLA	82	pentamidine inh	1
nystatin tablet	35	OXBRYTA	41	pentamidine injectable	1

Índice

PENTASA	57	pot chloride capsule	54	proctozone cre -hc	88
pentoxifylli tablet	43	pot chloride injectable	54	progesterone capsule	69
perindopril tablet	44	pot chloride pow	54	PROLASTIN-C	31
periogard solution	56	pot chloride solution	54	PROLIA	33
permethrin cre	87	pot chloride tablet	54	PROMACTA	42
perphenazine tablet	19	pot citra er tablet	51	promethazine sup	49
PERSERIS	19	pot cl micro tablet	54	promethazine syrup	49
PERTZYE	81	PRADAXA	41	promethazine tablet	49
PHENELZINE	19	pramipexole tablet	14,47	promethegan sup	49
PHENOBARB	49	prasugrel tablet	41	propafenone capsule	79
phenoxybenza capsule	40	pravastatin tablet	74	propafenone tablet	79
phenylbutyra pow sodium	52	praziquantel tablet	1	propranolol capsule	75
phenytoin chw	29	prazosin hcl capsule	43	propranolol solution	75
phenytoin ex capsule	29	PRED	59	propranolol tablet	76
phenytoin suspension	29	pred sod pho solution	56	propylthiour tablet	65
PHEXXI	83	PREDNISOLONE	56,59	PROQUAD	39
PIFELTRO	37	prednisolone solution	59	PROSOL	51
PILOCARPINE	55	prednisone con	59	protriptylin tablet	19,20
pilocarpine tablet	40	prednisone solution	59	PULMOZYME	31
PIMECROLIMUS	89	prednisone tablet	59	PURIXAN	10
pimozide tablet	19	prefest tablet	68	pyrazinamide tablet	1
pindolol tablet	75	pregabalin capsule	29	pyridostigm tablet	40
PIOGLIT/GLIM	62	pregabalin solution	30	PYRIDOSTIGMI	40
pioglita/met tablet	62	PREHEVBRIO	39	pyridostigmi tablet	40
pioglitazone tablet	62	PREMARIN	70	pyridostigmi tablet er	40
piper/tazoba injectable	5	premasol solution	51	PYRUKYND	34
PIQRAY	9,10	PRENATAL	90	QBREXZA	89
pirfenidone capsule	84	PRETOMANID	1	QELBREE	50
pirfenidone tablet	84	prevalite pow	74	QINLOCK	10
piroxicam capsule	25	PREVYMIS	37	QNASL	56,57
PLASMA-LYTE	54	PREZCOBIX	34	QUADRACEL	39
PLEGRIDY	83	PREZISTA	37	quetiapine tablet	20
plenamine injectable	51	PRIFTIN	1	quinapril tablet	44
PLENVU	80	PRIMAQUINE	1	quinidine su tablet	79
podofilox solution	89	primidone tablet	30	quinine sulf capsule	1
polymyxin b/ solution		PRIORIX	39	QULIPTA	13
trimethp	56	PRIVIGEN	38	RABAVERT	39
POMALYST	10	PROAIR	72	rabeprazole tablet	80
portia-	68	proben/colch tablet	31	RADICAVA	51
posaconazole suspension	35	probenecid tablet	52	raloxifene tablet	70
posaconazole tablet	35	prochlorper sup	19	ramelteon tablet	49
POT	54	prochlorper tablet	19	ramipril capsule	44
pot chl/d	54	procto-med cre hc	88	ranolazine tablet	79
pot chl/nacl injectable	54	proctosol hc cre	88	rasagiline tablet	47

Índice

RASUVO	10	ROTATEQ	39	SKYRIZI	89
reclipsen tablet	68	ROWASA	57	SLYND	68
RECOMBIVA	39	ROZLYTREK	10	smz/tmp ds tablet	5
RECOMBIVA-HB	39	RUBRACA	10	smz-tmp suspension	5
RECTIV	89	rufinamide suspension	30	smz-tmp tablet	5
RELENZA	37	rufinamide tablet	30	SOD	46,54
RELEUKO	42	RUKOBIA	37	sod poly sul pow	52
RELISTOR	58,80	RYBELSUS	62	SODIUM	54,90
RELYVRIO	51	RYDAPT	10	SODIUM/POTAS	80
repaglinide tablet	62	RYTARY	48	SOFOS/VELPAT	37
REPATHA	74,75	SAFYRAL	68	solifenacin tablet	84
RETACRIT	42	SAIZEN	67	SOLQUA	63
RETEVMO	10	SANDIMMUNE	32	SOLTAMOX	70
REVCovi	54	SANTYL	89	SOMAVERT	67
REVLIMID	10	sapropterin pow	34	sorafenib tablet	10
REXULTI	20	sapropterin tablet	34	sorine tablet	76
REYATAZ	37	SAVAYSA	41	sotalol af tablet	76
REYVOW	13,14	SAVELLA	14	sotalol hcl tablet	76
REZLIDHIA	10	saxa/metfor tablet	62	SPINOSAD	87
REZUROCK	32	saxagliptin tablet	62	SPIRIVA	71
RHOFADE	89	SCEMBLIX	10	spirono/hctz tablet	53
RHOPRESSA	55	scopolamine dis	71	spironolact tablet	44
ribavirin capsule	37	SECUADO	20	sprintec	68
ribavirin tablet	37	SEGLUROMET	62,63	SPRITAM	30
RIDAURA	51	selegiline capsule	48	SPRYCEL	10,11
RIFABUTIN	1	selegiline tablet	48	sps suspension	52
rifampin capsule	1	SELZENTRY	37	sronyx tablet	68
rifampin injectable	1	SEREVENT	72	SSD	87
riluzole tablet	51	sertraline con	20	STEGLATRO	63
RINVOQ	82	sertraline tablet	20	STELARA	82
RISEDRON	33	sevelamer tablet	52	STIOLTO	72
risedronate tablet	33	SHINGRIX	39	STIVARGA	11
RISPERDAL	20	SIGNIFOR	71	streptomycin injectable	5
risperidone solution	20	sildenafil suspension	78	STRIBILD	37
risperidone tablet	20	sildenafil tablet	78	STRIVERDI	72
ritonavir tablet	37	silodosin capsule	40	SUCRAID	54
RIVASTIGMINE	40	SILVER	87	sucrafate suspension	80
rivastigmine capsule	40	SIMBRINZA	55	sucrafate tablet	80
rizatriptan tablet	14	simvastatin tablet	75	sulf/pred na solution op	56
ROCKLATAN	55	sirolimus solution	32	sulfacet sod oin	56
roflumilast tablet	31	sirolimus tablet	32	sulfacet sod solution	56
ropinirole tablet	47,48	SIRTURO	1	sulfacetamid lot	87
rosuvastatin tablet	75	SITAVIG	37	sulfadiazine tablet	5
ROTARIX	39	SIVEXTRO	5	SULFASALAZIN	5

Índice

sulfasalazin tablet	5	TAZORAC	90	TIROSINT-SOL	65
sulindac tablet	25	taztia xt capsule	77	TIVICAY	38
SUMATRIPTAN	14	TAZVERIK	11	tizanidine capsule	73
sumatriptan injectable	14	TDVAX	39	tizanidine tablet	73
sumatriptan tablet	14	TECFIDERA	83	tobra/dexame suspension	56
sunitinib capsule	11	TEFLARO	5	TOBRADEX	56
SUNLENCA	38	TEGSEDI	81	tobramycin injectable	5
SUNOSI	51	telmis/amlod tablet	77	tobramycin neb	5
SUPRAX	5	telmisa/hctz tablet	53	tobramycin solution	56
suprax chw	5	telmisartan tablet	44	TOBREX	56
suprax suspension	5	temazepam capsule	49	tolcapone tablet	48
SUPREP	80	TENIVAC	39	tolterodine capsule	84
SYMBICORT	59,60	tenofovir tablet	38	tolterodine tablet	84
SYMDEKO	85	TEPMETKO	11	tolvaptan tablet	53
SYMJEPI	72	terazosin capsule	43	topiramate capsule	30
SYMLINPEN	63	terbinafine tablet	35	topiramate tablet	30
SYMLNPEN	63	terbutaline tablet	72	toremifene tablet	70
SYMPAZAN	30	terconazole cre	87	torsemide tablet	53
SYMPROIC	58	terconazole sup	87	TOUJEO	63
SYMTUZA	38	teriflunomid tablet	83	TPN	54
SYNAREL	70	TERIPARATIDE	71	TRACLEER	86
SYNJARDY	63	testost cyp injectable	66	TRADJENTA	63
SYNRIBO	11	testost enan injectable	66	tramadol/apap tablet	25
SYNTHROID	65	testosterone gel	66	tramadol hcl tablet	25
TABLOID	11	testosterone gel pump	66	trando/verap tablet	77
TABRECTA	11	testosterone solution	66	trandolapril tablet	44
tacrolimus capsule	32	tetrabenazin tablet	51	TRANEX	40
tacrolimus oin	89	tetracycline capsule	5	tranylcyprom tablet	20
tadalafil tablet	78	THALOMID	83	TRAVASOL	51
TADLIQ	78	theophylline tablet	84	trazodone tablet	20
TAFINLAR	11	thioridazine tablet	20	TRECTOR	1
TAGRISSO	11	thiothixene capsule	20	TRELEGY	72
TAKHZYRO	33	tiadylt capsule	77	TRELSTAR	70
TALZENNA	11	TIAGABINE	30	TRETINOIN	13
tamoxifen tablet	70	tiagabine tablet	30	tretinoin capsule	11
tamsulosin capsule	40	TIBSOVO	11	tretinoin cre	13
tarina	68	TICOVAC	39	tretinoin gel	13
TARPEYO	60	tigecycline injectable	5	trexall tablet	11
TASIGNA	11	tilia fe tablet	68	triamcinolon aer spray	88
tasimelteon capsule	49	timolol gel solution	55	triamcinolon cre	88
TAVALISSE	41	timolol mal solution	55	triamcinolon lot	88
TAVNEOS	33	timolol mal tablet	76	triamcinolon oin	88
tazarotene cre	89	timolol male solution	55	triamcinolon pst den	57
tazarotene gel	90	tinidazole tablet	2	triamt/hctz capsule	53

Índice

triamt/hctz tablet	53	UZEDY	21	vilazodone tablet	21
TRIAMTERENE	53	valacyclovir tablet	38	VIMPAT	30
triazolam tablet	49	VALCHLOR	90	VIOKACE	81
triderm cre	88	valganciclov solution	38	VIRACEPT	38
trientine capsule	34	valganciclov tablet	38	VIREAD	38
tri-estaryl tablet	68	valproic acid capsule	30	VITRAKVI	12
trifluoperaz tablet	20,21	valproic acid solution	30	VIVJOA	35
trifluridine solution	56	valsart/hctz tablet	53	VIZIMPRO	12
trihexyphen solution	48	valsartan tablet	44	VONJO	12
trihexyphen tablet	48	VALTOCO	49	VORICONAZOLE	35
TRIJARDY	63	VANCOMYCIN	5	voriconazole injectable	35
TRIKAFTA	85	vancomycin capsule	5	voriconazole tablet	35
tri-legest tablet fe	68	vancomycin injectable	5	VOSEVI	38
tri-lo tablet estaryl	68	vancomycin solution	5	VOTRIENT	12
tri-lo- tablet sprintec	68	VANDAZOLE	87	VOXZOGO	34
trimethoprim tablet	1	VANFLYTA	11	VRAYLAR	21
trimipramine capsule	21	VAQTA	39	VTAMA	90
TRINTELLIX	21	varenicline tablet	73	VUMERITY	83
tri-nymyo tablet	68	VARIVAX	39	vylibra tablet	68
tri-sprintec tablet	68	VARUBI	80	VYNDAMAX	79
TRIUMEQ	38	velivet packet	68	VYNDAQEL	79
trivora-	68	VELPHORO	52	VYZULTA	55
tri-vylibra tablet lo	68	VELTASSA	52	WAKIX	46
TRIZIVIR	38	VEMLIDY	38	warfarin tablet	41
TROPHAMINE	51	VENCLEXTA	11,12	WELIREG	12
tropium chl capsule	84	VENLAFAXINE	21	wixela inhub aer	60
tropium cl tablet	84	venlafaxine capsule	21	XALKORI	12
TRULANCE	58	venlafaxine tablet	21	XARELTO	41
TRULICITY	63	VENTAVIS	86	XCOPRI	30,31
TRUMENBA	39	VENTOLIN	72	XELJANZ	82
TUKYSA	11	VERAPAMIL	77,78	XELPROS	55
TURALIO	11	verapamil tablet	78	XENLETA	5
TWINRIX	39	VERKAZIA	57	XERMELO	79
TYBOST	34	VERQUVO	78	XGEVA	33
TYMLOS	71	VERSACLOZ	21	XHANCE	57
TYPHIM	39	VERZENIO	12	XIFAXAN	5
TYRVAYA	57	vestura tablet	68	XIGDUO	63
TYVASO	86	VICTOZA	63	XIIDRA	57
UBRELVY	14	vienva tablet	68	XOFLUZA	38
UDENYCA	43	vigabatrin packet	30	XOLAIR	31
UNITHROID	65,66	vigabatrin tablet	30	XOSPATA	12
UPTRAVI	86	vigadrone pow	30	XPOVIO	12
ursodiol capsule	80	VIIBRYD	21	XTAMPZA	25
ursodiol tablet	80	VIJOICE	12	XTANDI	12

Índice

xulane dis	68
XURIDEN	32
YF-VAX	39
YONSA	12
yuvaferm tablet	70
zafirlukast tablet	84
zaleplon capsule	49,50
ZARXIO	43
ZEGALOGUE	63,64
ZEJULA	12
ZELAPAR	48
ZELBORAF	12
ZEMAIRA	31
zenatane capsule	90
ZENPEP	81
ZEPOSIA	83
ZETONNA	60
zidovudine capsule	38
zidovudine syrup	38
zidovudine tablet	38
ZIEXTENZO	43
ZIMHI	26
ziprasidone capsule	21
ziprasidone injectable	21
ZIRGAN	56
ZOLINZA	12
ZOLMITRIPTAN	14
zolmitriptan tablet	14
zolpidem er tablet	50
zolpidem tablet	50
ZOMACTON	68
ZOMIG	14
ZONISADE	31
zonisamide capsule	31
ZONTIVITY	41
ZORYVE	90
zovia	68
ZTALMY	31
ZUBSOLV	25,26
ZYDELIG	12,13
ZYKADIA	13
ZYLET	56
ZYPREXA	21

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente

Esta página dejada en blanco intencionadamente



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

Esta formulario se actualizó el 01 de diciembre de 2023.

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

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

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

Idaho

SelectHealth Medicare Enhanced (HMO) 008

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

El 1 de octubre al 31 marzo:

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

El 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 23050 Versión 30

© 2023 SelectHealth. reservados todos los derechos. 2132835 12/23

Y0165_2132835_v30_C