



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2025 Formulario Enhanced

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 01/01/2025 .

La Lista de medicamentos recetados disponibles es para el siguiente plan:

Utah

Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Select Health Medicare
Lista de medicamentos recetados disponibles
Enhanced 2025
Lista de medicamentos cubiertos

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25019 Version13

©2025 Select Health. Todos los derechos reservados. 3445640 01/25

Y0165_3445640_v13_C

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Form CMS-10802 (Expires 12/31/2025)

OMB Approval No. 0938-1421

© 2024 Select Health. All rights reserved. 3360954 07/24
Y0165_3360954_C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos recetados disponibles?

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

Condición médica

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

Orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 125** . El Índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 3.1, «La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos».

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por lo general, Select Health solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, el medicamento

de costo compartido más bajo o la aplicación de las restricciones no serían tan eficaces para usted y le provocaría efectos médicos adversos.

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

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

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

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

Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si su capacidad para

obtener sus medicamentos es limitada, pero pasaron los primeros 90 días de su membresía en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de ese medicamento mientras pide una excepción a la lista de medicamentos recetados disponible.

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

Para obtener más información

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

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

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

Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare

La lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1** proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 125**.

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

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

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

AP: Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de que surta sus recetas.

LC: Limitamos la cantidad del medicamento cubierto en un período de tiempo específico.

TH: Requerimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica.

LA: Este medicamento requiere una manipulación especial o tiene requisitos especiales de dispensación. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, o llame a Servicios para Miembros al número gratuito **855-442-9900**. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

NM: Este medicamento no está disponible a través de nuestra farmacia de pedido por correo.

HI: Este medicamento recetado está cubierta bajo nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **855-442-9900**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

BvsD—Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o Parte D del beneficio de Medicare.

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>azithromycin 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>azithromycin 250 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>azithromycin azithromycin 600 mg tab, azithromycin 1 gm packet, azithromycin 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>aztreonam 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
BICILLIN C-R -1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
BICILLIN C-R 900/300 -900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
BICILLIN L-A -600000 UNIT/MSUSP PRSYR, -1200000 UNIT/2MSUSP PRSYR, -2400000 UNIT/4MSUSP PRSYR	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	PA1, LC (280 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
CEFACLOR 250 MG CAP, 500 MG CAP	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefadroxil cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefazolin sodium 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cefdinir 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefepime hcl 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>cefixime 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefixime 400 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
<i>cefoxitin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>cefpodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefprozil 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ceftazidime 1 gm soln, 2 gm soln, 6 gm soln</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>ceftriaxone sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm soln, 750 mg soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>cephalexin 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>cephalexin 250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ciprofloxacin in d5w ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>clarithromycin clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>clindamycin phosphate 9 gm/60ml, 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>clindamycin phosphate in d5w 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
DALVANCE 500 MG RECON SOLN	4	IH, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>daptomycin 500 mg recon soln</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>daptomycin 350 mg recon soln, aptomycin 350 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
DIFICID 200 MG TAB	5	TE, LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	TE, LC (136 cada 10 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	4	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>doxycycline monohydrate 25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>erythrocin lactobionate erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>erythromycin 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>erythromycin base erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr, erythromycin base 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>	2	UB, EXT
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NOTE, EXT
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s)), UB, NOTE, EXT
GENTAMICIN IN SALINE GENTAMICIN IN SALINE 0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>imipenem-cilastatin imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln</i>	4	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>levofloxacin in d5w in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>linezolid 600 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>meropenem 1 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>minocycline hcl 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>nafcillin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
NUZYRA 100 MG RECON SOLN	4	LC (15 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No- Mantenimiento), NOTE, EXT
NUZYRA 150 MG TAB	4	LC (30 cada 14 dia(s)), NM (No- Mantenimiento), EXT
<i>ofloxacin ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>penicillin v potassium penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>piperacillin sod-tazobactam so -13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>piperacillin sod-tazobactam so -3-0.375 gm ln, -40.5 (36-4.5) gm ln, -2.25 (2-0.25) gm ln, -3.375 (3-0.375) gm ln, -4-0.5 gm ln, -4.5 (4-0.5) gm ln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	2	PA3, UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -200-40 mg/5ml suspension, -800-160 mg/20ml suspension</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -400-80 mg tab, -800-160 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>sulfasalazine 500 mg tab, 500 mg tab dr</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
TEFLARO 400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN	4	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	2	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	PA1, BVD (INHALATION), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>tobramycin sulfate tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>vancomycin hcl 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln, 750 mg soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>vancomycin hcl 125 mg cap, 250 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NOTE, EXT
<i>vancomycin hcl 50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XIFAXAN 200 MG TAB	4	PA1, LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
XIFAXAN 550 MG TAB	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
ANTIFUNGALS		
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	2	IH, NOTE, EXT
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	2	IH, UB, NOTE, EXT
<i>casprofungin acetate 50 mg soln, 70 mg soln</i>	4	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>fluconazole 10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>fluconazole in sodium chloride in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	LC (126 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>micafungin sodium 50 mg soln, 100 mg soln</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE, EXT
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	PA1, LC (31 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	PA1, LC (240 cada 30 dia(s)), EXT
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	5	PA1, UB, NM (No-Mantenimiento), EXT

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
VIVJOA 150 MG CAP THPK	4	PA1, LC (21 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>voriconazole voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
ANTIMYCOBACTERIALS		
<i>dapsone 25 mg tab, 100 mg tab</i>	2	UB, EXT
<i>ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
PRETOMANID 200 MG TAB	3	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
PRIFTIN 150 MG TAB	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>rifampin 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
SIRTURO 100 MG TAB	5	PA1, LC (188 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
SIRTURO 20 MG TAB	5	PA1, LC (940 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
TRECTOR 250 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>atovaquone-proguanil hcl -62.5-25 mg tab, -250-100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>chloroquine phosphate 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
COARTEM 20-120 MG TAB	4	LC (24 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>hydroxychloroquine sulfate 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
IMPAVIDO 50 MG CAP	4	PA1, LC (84 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
KRINTAFEL 150 MG TAB	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
LAMPIT 30 MG TAB, 120 MG TAB	4	PA1, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (5 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole 250 mg tab, 375 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>metronidazole 500 mg tab</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>metronidazole metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>nitazoxanide nitazoxanide 500 mg tab, nitazoxanide 500 mg tab</i>	2	LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	PA3, IH, BVD (INHALATION), NM (No-Mantenimiento), NOTE, EXT
<i>primaquine phosphate primaquine phosphate 26.3 base) mg tab, primaquine phosphate 26.3 base) mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
JULUCA 50-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	4	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>lamivudine 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>lamivudine-zidovudine -150-300 mg tab</i>	4	UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR -90-400 MG TAB	5	PA1, LC (168 cada 365 OVER TIME), EXT
LIVTENCITY 200 MG TAB	5	PA1, LC (336 cada 28 dia(s)), EXT
<i>lopinavir-ritonavir -100-25 mg tab</i>	4	LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>lopinavir-ritonavir -200-50 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>lopinavir-ritonavir -400-100 mg/5ml solution</i>	4	LC (390 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	PA1, LC (84 cada 28 dia(s)), EXT
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	PA1, LC (140 cada 28 dia(s)), EXT
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (1200 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
NORVIR 100 MG PACKET	4	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	2	LC (84 cada 180 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	2	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	2	LC (42 cada 180 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	5	LC (30 cada 5 dia(s)), UB, \$0 (Preventive), NM (No-Mantenimiento), EXT
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	5	LC (30 cada 5 dia(s)), UB, \$0 (Preventive), NM (No-Mantenimiento), EXT
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (4 cada 30 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	PA1, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
PIFELTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
PREVYMIS 240 MG TAB, 480 MG TAB	5	PA2, LC (100 cada 365 OVER TIME), EXT
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
PREZISTA 75 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	LC (60 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
RIBAVIRIN 200 MG CAP	2	LC (210 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
RIBAVIRIN 200 MG TAB	2	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	4	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
SELZENTRY 25 MG TAB	4	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
SELZENTRY 75 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR -400-100 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
TIVICAY 10 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
TIVICAY 25 MG TAB, 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s)), EXT
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s)), EXT
TYBOST 150 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab, 500 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VEMLIDY 25 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
VIRACEPT 250 MG TAB, 625 MG TAB	5	NM (No-Mantenimiento), EXT
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM (No-Mantenimiento), EXT
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	PA1, LC (28 cada 28 dia(s)), EXT
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento), EXT

URINARY ANTI-INFECTIVES

<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nitrofurantoin 25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension</i>	2	PA1, UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>polymyxin b-trimethoprim -10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	2	UB
<i>trimethoprim trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), EXT

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS

FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos</i>	2	NOTE
<i>promethazine hcl 6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
PROMETHEGAN PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25 MG SUPPOS	2	NOTE

SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES

<i>cetirizine hcl 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s)), UB
<i>desloratadine 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>levocetirizine dihydrochloride 2.5 mg/5ml solution</i>	2	
<i>levocetirizine dihydrochloride 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

AGENTES ANTINEOPLASTICOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
AKEEGA 50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
ALECENSA 150 MG CAP	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	PA2, LC (30 cada 180 OVER TIME)
ALUNBRIG 90 MG TAB, 180 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 40 MG CAP	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
BALVERSA 3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB	5	PA2, LC (84 cada 28 dia(s))
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	PA2
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 50 MG CAP	5	PA2, LC (210 cada 30 dia(s))
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 80 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
CALQUENCE 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
CAPRELSA 100 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	PA2, UB
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	PA2, UB
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	PA2, UB
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
COTELLIC 20 MG TAB	5	PA2, AL, LC (63 cada 28 dia(s))
CYCLOPHOSPHAMIDE CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB	2	PA3, BVD (Immunosuppressant/Quimioterapia Oral), NOTE
DAURISMO 100 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
DAURISMO 25 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
DROXIA 200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP	4	
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 240 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 60 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	2	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>everolimus 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab</i>	5	PA3, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>everolimus 2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab</i>	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	5	PA2, LC (21 cada 28 OVER TIME)
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	PA2, LC (84 cada 28 dia(s))
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	PA2, LC (21 cada 28 dia(s))
GAVRETO 100 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
GLEOSTINE 10 MG CAP	4	PA2, LC (26 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 100 MG CAP	5	PA2, LC (3 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 40 MG CAP	5	PA2, LC (7 cada 42 OVER TIME)
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	
IBRANCE 75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB	5	PA2, LC (21 cada 28 OVER TIME)
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA 50 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	PA2, LC (216 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INLYTA 1 MG TAB	5	PA2, LC (600 cada 30 dia(s))
INLYTA 5 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
INQOVI 35-100 MG TAB	5	PA2, LC (5 cada 28 OVER TIME), UB
INREBIC 100 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
IWILFIN 192 MG TAB	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
JAKAFI 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	PA2, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	PA2, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	PA2, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	PA2, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	PA2, LC (70 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	PA2, LC (91 cada 28 dia(s))
KOSELUGO 10 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
KRAZATI 200 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap</i>	5	PA2, AL, LC (28 cada 28 dia(s)), NOTE
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	5	PA2, LC (80 cada 28 dia(s))
LORBRENA 100 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
LORBRENA 25 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
LYSODREN 500 MG TAB	3	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA2, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA2, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	PA2, LC (150 cada 30 dia(s))
MATULANE 50 MG CAP	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	PA2, LC (1200 cada 30 dia(s))
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
MEKINIST 2 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
MEKTOVI 15 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methotrexate sodium (pf) methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution</i>	2	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	2	BVD (Quimioterapia Oral), UB, NOTE
METHOTREXATE SODIUM 50 MG/2ML SOLUTION	2	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
NERLYNX 40 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	UB
NINLARO 2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA2, LC (3 cada 28 OVER TIME)
NUBEQA 300 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
ODOMZO 200 MG CAP	5	PA2, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 50 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
OJEMDA 100 MG TAB	5	PA2, LC (24 cada 28 OVER TIME)
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	PA2, LC (96 cada 28 OVER TIME)
OJJAARA 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA2, LC (14 cada 28 OVER TIME)
ORSERDU 345 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
ORSERDU 86 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5	PA2
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	5	PA2
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s)), UB
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s)), UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
POMALYST 1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	PA2, LC (21 cada 28 OVER TIME)
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	5	PA2, LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
QINLOCK 50 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s)), UB
RASUVO RSUVO 10 MG/0.2ML SOLN -INJ	3	TE, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 15 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 20 MG/0.4ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.6 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN -INJ	3	TE, LC (1.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 25 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	TE, LC (2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 30 MG/0.6ML SOLN -INJ	3	TE, LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO RSUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN -INJ	3	TE, LC (0.6 cada 28 OVER TIME)
RETEVMO 120 MG TAB, 160 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
RETEVMO 40 MG CAP, 40 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
RETEVMO 80 MG CAP, 80 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
REVLIMID 2.5 MG CAP, 5 MG CAP, 10 MG CAP, 15 MG CAP, 20 MG CAP, 25 MG CAP	5	PA2, AL, LC (28 cada 28 dia(s)), NOTE
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	PA2, LC (150 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	PA2, LC (360 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RUBRACA 200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
RYDAPT 25 MG CAP	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 100 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 20 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 40 MG TAB	5	PA2, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
SPRYCEL 100 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
SPRYCEL 20 MG TAB, 50 MG TAB, 70 MG TAB, 80 MG TAB, 140 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
STIVARGA 40 MG TAB	5	PA2, LC (84 cada 21 dia(s))
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>sunitinib malate 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	PA2, LC (900 cada 30 dia(s))
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
TAGRISSE 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	PA2, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
TASIGNA 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
TASIGNA 50 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
TAZVERIK 200 MG TAB	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
TEPMETKO 225 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
TIBSOVO 250 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>torpenz 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	LC (360 cada 30 dia(s))
TREXALL 5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB	3	BVD (Quimioterapia Oral), NOTE
TRUQAP 160 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA2, LC (64 cada 28 OVER TIME)
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
TURALIO 125 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK	5	PA2, LC (56 cada 28 dia(s))
VIJOICE 50 MG PACKET	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
VIJOICE 50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK	5	PA2, LC (28 cada 28 dia(s))
VITRAKVI 100 MG CAP	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	PA2, LC (300 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 25 MG CAP	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
VIZIMPRO 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
VONJO 100 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
WELIREG 40 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
XALKORI 20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XOSPATA 40 MG TAB	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	PA2, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	PA2, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	PA2, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	PA2, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	PA2, LC (24 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	PA2, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	PA2, LC (32 cada 28 OVER TIME), UB
XTANDI 40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
ZEJULA 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
ZELBORAF 240 MG TAB	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
ZOLINZA 100 MG CAP	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
ZYKADIA 150 MG TAB	5	PA2, LC (150 cada 30 dia(s))

ANTITOXINAS, INMUNOGLOBULINAS, TOXOIDES Y VACUNAS

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
GAMMAGARD 1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GAMMAGARD S/D LESS IGA 5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
GAMMAPLEX 5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
GAMUNEX-C -1 GM/10ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
OCTAGAM 1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), NOTE, EXT
PRIVIGEN 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION	5	PA1, BVD (IVIG), UB, NOTE, EXT
TOXOIDS		
ADACEL 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
BOOSTRIX 5-2.5-18.5 -MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 -MCG/0.5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
DAPTACEL 23-15-5 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE)
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS DT -25-5 LFU/0.5ML SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
INFANRIX 25-58-10 SUSPENSION	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE)
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	3	BVD (Vacuna-Tétanos), UB, \$0 (PREVENTIVE)
PEDIARIX SUSP PRSYR	3	BVD (Vacuna-Tétanos), \$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

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

VACCINES

ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
ACTHIB RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
BEXSERO SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
ENGERIX-B -10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, -20 MCG/ML SUSP PRSYR, -20 MCG/ML SUSPENSION	3	PA3, UB, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
GARDASIL 9 9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
HAVRIX 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSPENSION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
HEPLISAV-B -20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	PA3, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
IPOLE INJECTABLE	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
IXCHIQ RECON SOLN	3	PA1, \$0 (PREVENTIVE)
IXIARO SUSPENSION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
M-M-R II -- ECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MENACTRA SOLUTION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
MENQUADFI SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENVEO RECON SOLN	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
MENVEO SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
PENBRAYA RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PREHEVBRI0 10 MCG/ML SUSPENSION	3	PA3, BVD (Vacuna - HEP B), \$0 (PREVENTIVE), NOTE
PRIORIX RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PROQUAD RECON SUSP	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
RABAVERT RECON SUSP	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
RECOMBIVAX HB 5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION	3	PA3, UB, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
ROTARIX RECON SUSP, SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
ROTATEQ SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
TICOVAC 1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TRUMENBA SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	3	PA3, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
TYPHIM VI 25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
VAQTA 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSPENSION	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	3	UB, \$0 (Preventive)
VAXCHORA RECON SUSP	3	PA1, \$0 (PREVENTIVE)
YF-VAX - INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)

DROGAS AUTÓNOMAS

ANTICHOLINERGIC AGENTS

ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	4	UB
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	4	TE, LC (10.7 cada 30 dia(s)), UB
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (10.7 cada 30 dia(s)), UB
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (8 cada 30 dia(s)), UB
<i>dicyclomine hcl 10 mg cap, 20 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s)), UB
<i>diphenoxylate-atropine -2.5-0.025 mg tab</i>	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE -2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	2	UB
<i>glycopyrrolate 1 mg tab, 1 mg/5ml solution, 2 mg tab</i>	2	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	2	PA3, BVD (INHALATION), UB, NOTE
<i>ipratropium-albuterol -0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	2	PA3, BVD (INHALATION), UB, NOTE
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>	2	
<i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	2	LC (10 cada 28 OVER TIME)
SPIRIVA HANDHALER 18 MCG CAP	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s)), UB
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB

AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS

NICOTROL 10 MG INHALER	4	PA1, LC (1344 cada 30 OVER TIME), UB
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	5	PA1, LC (360 cada 30 dia(s)), UB
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	2	LC (106 cada 365 OVER TIME), UB
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	2	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	2	LC (336 cada 365 OVER TIME), UB
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	2	LC (336 cada 365 OVER TIME), UB

PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS

<i>bethanechol chloride 5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	2	
<i>donepezil hcl 5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide 4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab</i>	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>galantamine hydrobromide er er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er</i>	2	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	2	
<i>rivastigmine 4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	2	
SKELLETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>cyclobenzaprine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>dantrolene sodium 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	
<i>metaxalone 400 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	
SOHONOS 1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
SOHONOS 10 MG CAP	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
SOHONOS 5 MG CAP	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
<i>tizanidine hcl 2 mg cap</i>	2	TE, LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 2 mg tab</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg cap</i>	2	TE, LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg tab</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 6 mg cap</i>	2	TE, LC (180 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS		
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	2	PA1, UB, EXT
<i>dutasteride-tamsulosin hcl -0.5-0.4 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
ERGOLOID MESYLATES 1 MG TAB	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	5	PA1, LC (3600 cada 30 dia(s))
<i>silodosin 4 mg cap, 8 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS		
<i>albuterol sulfate 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln</i>	2	PA3, BVD (INHALATION), UB, NOTE
<i>albuterol sulfate 2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab</i>	2	
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	2	LC (17 cada 30 OVER TIME), UB
ALBUTEROL SULFATE HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	2	LC (36 cada 30 OVER TIME), UB
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	2	PA3, LC (120 PER 30 DAYS), BVD (INHALATION), UB, NOTE
AUVI-Q UVI-0.1 MG/0.1ML SOLN -INJ	3	
AUVI-Q UVI-0.15 MG/0.15ML SOLN -INJ, UVI-0.3 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	UB
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
BREO ELLIPTA 50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>breyana 80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s)), UB
<i>budesonide-formoterol fumarate -80-4.5 mcg/act, -160-4.5 mcg/act</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s)), UB
<i>droxidopa 100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	4	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
 AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
 BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EPINEPHRINE 0.15 MG/0.15ML SOLN -INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN -INJ	2	LC (2 cada 30 OVER TIME), UB
<i>epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln</i>	2	UB
<i>fluticasone-salmeterol -100-50 mcg/act, -250-50 mcg/act, -500-50 mcg/act</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
FLUTICASONE-SALMETEROL -45-21 MCG/ACT AEROSOL, -115-21 MCG/ACT AEROSOL, -230-21 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (12 cada 30 dia(s)), UB
FLUTICASONE-SALMETEROL -55-14 MCG/ACT AER POW BA, -113-14 MCG/ACT AER POW BA, -232-14 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	2	PA3, LC (120 PER 30 DAYS), BVD (INHALATION), UB, NOTE
<i>levalbuterol hcl 0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln</i>	2	PA3, BVD (INHALATION), UB, NOTE
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	UB
LUCEMYRA 0.18 MG TAB	5	PA1, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s)), UB
<i>terbutaline sulfate 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	2	
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (36 cada 30 dia(s)), UB
<i>wixela inhub 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
-------------	-------	--------------------

AGENTES DE FORMACIÓN DE SANGRE, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS

ANTIHEMORRHAGIC AGENTS

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

ANTITHROMBOTIC AGENTS

<i>anagrelide hcl 0.5 mg cap, 1 mg cap</i>	2	EXT
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
CABLIVI 11 MG KIT	5	PA1, LC (31 cada 30 dia(s)), UB, EXT
<i>cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	EXT
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
<i>dabigatran etexilate mesylate 75 mg cap, 110 mg cap, 150 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ELIQUIS 5 MG TAB	3	LC (74 cada 30 dia(s))
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 5 MG TAB THPK	3	LC (74 cada 180 OVER TIME)
<i>enoxaparin sodium 30 mg/0.3ml soln, 40 mg/0.4ml soln, 60 mg/0.6ml soln, 80 mg/0.8ml soln, 100 mg/ml soln, 120 mg/0.8ml soln, 150 mg/ml soln</i>	2	UB
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>	2	BVD (Heparina), UB, ESRD, NOTE
<i>heparin sodium (porcine) 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml</i>	2	BVD (Heparina), UB, ESRD
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	2	BVD (Heparina), UB, ESRD, NOTE
<i>jantoven 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	2	EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
SAVAYSA 15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
<i>warfarin sodium 1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	LC (600 cada 30 dia(s))
XARELTO 10 MG TAB, 20 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XARELTO 15 MG TAB	3	LC (42 cada 30 dia(s))
XARELTO 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	LC (102 cada 365 OVER TIME), UB

HEMATOPOIETIC AGENTS

ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR	3	PA3, BVD (EPO), ESRD, NOTE
ARANESP (ALBUMIN FREE) 100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA3, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE
ARANESP (ALBUMIN FREE) 25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION	3	PA3, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE
DOPTELET 20 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
EPOGEN 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION	4	PA3, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
GRANIX 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
GRANIX 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	PA3
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
MULPLETA 3 MG TAB	5	PA1, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
NEUPOGEN 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
NIVESTYM 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
PROMACTA 12.5 MG PACKET	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
PROMACTA 25 MG PACKET	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))
RELEUKO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
RETACRIT 10000 UNIT/ML SOLUTION	3	PA3, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE
RETACRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	3	PA3, BVD (EPO), ESRD, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RETACRIT 20000 UNIT/ML SOLUTION	3	PA3, UB, ESRD, NOTE
STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
UDENYCA UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN -INJ	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA1, NOTE
ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

<i>doxazosin mesylate 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>prazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap</i>	2	
<i>terazosin hcl 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))

ANTILIPEMIC AGENTS

ALTOPREV 20 MG TAB ER 24H, 40 MG TAB ER 24H, 60 MG TAB ER 24H	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amlodipine-atorvastatin -10-20 mg tab, -2.5-20 mg tab, -5-10 mg tab, -10-10 mg tab, -2.5-10 mg tab, -5-20 mg tab, -5-40 mg tab, -5-80 mg tab, -10-40 mg tab, -10-80 mg tab, -2.5-40 mg tab</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atorvastatin calcium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>cholestyramine 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s)), UB
<i>cholestyramine light 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	LC (1195 cada 30 dia(s)), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
 AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
 BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>colesevelam hcl 3.75 gm packet, 625 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 5 gm granules, 5 gm packet</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe 10 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ezetimibe-simvastatin -10-10 mg tab, -10-20 mg tab, -10-40 mg tab, -10-80 mg tab</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate 48 mg tab, 54 mg tab, 67 mg cap, 134 mg cap, 145 mg tab, 160 mg tab, 200 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenofibrate micronized 43 mg cap, 67 mg cap, 134 mg cap, 200 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenofibric acid 45 mg cap dr, 135 mg cap dr</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium 20 mg cap</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium 40 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
<i>icosapent ethyl 0.5 gm cap, 1 gm cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lovastatin 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
NEXLETOL 180 MG TAB	3	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
NEXLIZET 180-10 MG TAB	3	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>niacin er (antihyperlipidemic) er 500 mg tab er, er 750 mg tab er, er 1000 mg tab er</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>omega-3-acid ethyl esters --1 gm cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pitavastatin calcium 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pravastatin sodium 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pravastatin sodium 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>prevalite 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	2	LC (1195 cada 30 dia(s)), UB
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	PA1, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	PA1, LC (3.5 cada 30 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REPATHA SURECLICK REPTH140 MG/ML SOLN -INJ	3	PA1, LC (3 cada 30 OVER TIME)
<i>rosuvastatin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>simvastatin 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>simvastatin 5 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>acebutolol hcl 400 mg cap</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>atenolol 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>atenolol-chlorthalidone -50-25 mg tab, -100-25 mg tab</i>	2	
<i>betaxolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide -5-6.25 mg tab, -10-6.25 mg tab, -2.5-6.25 mg tab</i>	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	2	UB
<i>carvedilol 3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er</i>	2	
<i>labetalol hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>metoprolol succinate er er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	1	
<i>metoprolol tartrate 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide -50-25 mg tab, -100-25 mg tab, -100-50 mg tab</i>	2	
<i>nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	
<i>nebivolol hcl 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>nebivolol hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pindolol 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>propranolol hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab</i>	1	
<i>propranolol hcl er er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er</i>	2	
PROPRANOLOL HCL PROPRANOLOL HCL 40 MG/5ML SOLUTION, PROPRANOLOL HCL 20 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>sorine 120 mg tab, 160 mg tab</i>	2	
<i>sotalol hcl (af) 80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab</i>	2	
<i>sotalol hcl 120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab</i>	2	
<i>sotalol hcl 80 mg tab</i>	2	UB
<i>timolol maleate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	

CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS

<i>amlodipine besy-benazepril hcl -5-10 mg cap, -5-40 mg cap, -10-40 mg cap, -2.5-10 mg cap, -5-20 mg cap, -10-20 mg cap</i>	1	
<i>amlodipine besylate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine besylate-valsartan -5-160 mg tab, -5-320 mg tab, -10-160 mg tab, -10-320 mg tab</i>	1	
<i>amlodipine-olmesartan -5-20 mg tab, -5-40 mg tab, -10-20 mg tab, -10-40 mg tab</i>	1	
<i>cartia xt 120 mg cap er, 180 mg cap er, 240 mg cap er, 300 mg cap er</i>	3	
<i>dilt-xr -120 mg cap er, -180 mg cap er, -240 mg cap er</i>	3	
<i>diltiazem hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab, 120 mg tab</i>	2	
<i>diltiazem hcl er beads er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>diltiazem hcl er coated beads er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er</i>	2	
<i>diltiazem hcl er er 60 mg cap er 12h, er 90 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 12h, er 120 mg cap er 24h, er 120 mg tab er 24h, er 180 mg cap er 24h, er 180 mg tab er 24h, er 240 mg cap er 24h, er 240 mg tab er 24h, er 300 mg tab er 24h, er 360 mg tab er 24h, er 420 mg tab er 24h</i>	2	
<i>felodipine er er 2.5 mg tab er, er 5 mg tab er, er 10 mg tab er</i>	2	
<i>isradipine 2.5 mg cap, 5 mg cap</i>	2	
<i>matzim la 180 mg tab er, 240 mg tab er, 300 mg tab er, 360 mg tab er, 420 mg tab er</i>	3	
<i>nicardipine hcl 20 mg cap, 30 mg cap</i>	2	
<i>nifedipine 10 mg cap, 20 mg cap</i>	1	
<i>nifedipine er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	2	
<i>nisoldipine er nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h</i>	2	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz --20-5-12.5 mg tab, --40-10-12.5 mg tab, --40-10-25 mg tab, --40-5-12.5 mg tab, --40-5-25 mg tab</i>	1	
TELMISARTAN-AMLODIPINE -40-10 MG TAB, -40-5 MG TAB, -80-10 MG TAB, -80-5 MG TAB	1	
<i>tiadylt er er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER -ER 1-240 MG TAB ER, -ER 2-180 MG TAB ER, -ER 2-240 MG TAB ER, - ER 4-240 MG TAB ER	1	
<i>verapamil hcl 40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab</i>	1	
<i>verapamil hcl er er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er</i>	2	
<i>verapamil hcl er er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er</i>	1	
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone hcl 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	4	TE, LC (450 cada 30 dia(s)), UB
<i>digoxin 62.5 mcg tab, 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	
<i>digoxin digoxin 0.05 mg/ml solution, digoxin 0.05 mg/ml solution</i>	2	UB
<i>dofetilide 125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap</i>	2	
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
<i>ivabradine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>mexiletine hcl 150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap</i>	2	
MULTAQ 400 MG TAB	4	
NORPACE CR 100 MG CAP ER 12H, 150 MG CAP ER 12H	4	
<i>pacerone 100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab</i>	3	
<i>propafenone hcl 150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab</i>	2	
<i>propafenone hcl er er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er</i>	2	
QUINIDINE SULFATE 200 MG TAB, 300 MG TAB	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ranolazine er er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
VYNDAMAX 61 MG CAP	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
VYNDAQEL 20 MG CAP	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))

HYPOTENSIVE AGENTS

<i>clonidine 0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk</i>	2	
<i>clonidine hcl 0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab</i>	1	
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	2	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>hydralazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>minoxidil 2.5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))

RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS

<i>aliskiren fumarate 150 mg tab, 300 mg tab</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>benazepril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>benazepril-hydrochlorothiazide -5-6.25 mg tab, -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>candesartan cilexetil 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	1	
<i>candesartan cilexetil-hctz -16-12.5 mg tab, -32-12.5 mg tab, -32-25 mg tab</i>	1	
<i>captopril 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
EDARBYCLOR 40-12.5 MG TAB, 40-25 MG TAB	4	TE
<i>enalapril maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>enalapril-hydrochlorothiazide -5-12.5 mg tab, -10-25 mg tab</i>	1	
ENTRESTO 24-26 MG TAB, 49-51 MG TAB, 97-103 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ENTRESTO 6-6 MG CAP SPRINK, 15-16 MG CAP SPRINK	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>eplerenone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>fosinopril sodium 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>fosinopril sodium-hctz -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab</i>	1	
<i>irbesartan 75 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide -150-12.5 mg tab, -300-12.5 mg tab</i>	1	
KERENDIA 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lisinopril 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide -10-12.5 mg tab, -20-12.5 mg tab, -20-25 mg tab</i>	1	
<i>losartan potassium 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz -50-12.5 mg tab, -100-12.5 mg tab, -100-25 mg tab</i>	1	
<i>moexipril hcl 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil 5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz -20-12.5 mg tab, -40-12.5 mg tab, -40-25 mg tab</i>	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB	1	
<i>quinapril hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ramipril 1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	1	
<i>spironolactone 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>spironolactone-hctz -25-25 mg tab</i>	2	
<i>telmisartan 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	UB
<i>telmisartan-hctz -40-12.5 mg tab, -80-12.5 mg tab, -80-25 mg tab</i>	1	UB
<i>trandolapril 1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab</i>	1	
<i>valsartan 40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide -80-12.5 mg tab, -160-12.5 mg tab, -160-25 mg tab, -320-12.5 mg tab, -320-25 mg tab</i>	1	
VASODILATING AGENTS		
<i>aspirin-dipyridamole er -25-200 mg cap 12h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
<i>isosorbide dinitrate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er</i>	2	
NITRO-BID -2 % OINTMENT	4	UB
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr</i>	2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	2	LC (30 cada 30 OVER TIME), UB
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	2	UB
NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION	2	UB
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	2	PA1, LC (180 cada 30 dia(s)), UB, EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	2	PA1, LC (90 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	2	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	2	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION	5	PA1, LC (300 cada 30 dia(s)), EXT
VERQUVO 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANALGESICS AND ANTIPYRETICS

<i>acetaminophen-codeine -300-15 mg tab, -300-30 mg tab, -300-60 mg tab</i>	4	LC (390 cada 30 dia(s)), EXT
<i>ascomp-codeine -50-325-40-30 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>buprenorphine 5 mcg/hr patch wk, 7.5 mcg/hr patch wk, 10 mcg/hr patch wk, 15 mcg/hr patch wk, 20 mcg/hr patch wk</i>	3	LC (4 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl -2-0.5 mg tab, -8-2 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl -2-0.5 mg, -4-1 mg, -8-2 mg, -12-3 mg</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>butalbital-apap-caff-cod ---50-300-40-30 mg cap, ---50-325-40-30 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>butalbital-apap-caffeine --50-300-40 mg cap, --50-325-40 mg cap, --50-325-40 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-asa-caff-codeine ---50-325-40-30 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>butalbital-aspirin-caffeine --50-325-40 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>celecoxib 100 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	2	
<i>diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet</i>	2	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>diclofenac sodium 25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr</i>	2	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>etodolac 200 mg cap, 300 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab</i>	2	
<i>etodolac er 600 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>etodolac er er 400 mg tab er, er 500 mg tab er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fenoprofen calcium 400 mg cap, 600 mg tab</i>	2	
<i>fentanyl 12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch</i>	4	PA1, LC (10 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>fentanyl citrate fentanyl citrate 200 mcg loz handle, fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	4	PA1, LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>fentanyl citrate fentanyl citrate 600 mcg loz handle, fentanyl citrate 400 mcg loz handle, fentanyl citrate 600 mcg loz handle, fentanyl citrate 800 mcg loz handle, fentanyl citrate 1200 mcg loz handle, fentanyl citrate 400 mcg loz handle, fentanyl citrate 1200 mcg loz handle, fentanyl citrate 1600 mcg loz handle, fentanyl citrate 800 mcg loz handle, fentanyl citrate 1600 mcg loz handle</i>	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	2	
<i>hydrocodone-acetaminophen -5-325 mg tab, -10-325 mg tab, -7.5-325 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), UB, EXT
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ibu 600 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>ibuprofen 400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab</i>	2	
<i>indomethacin 25 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>indomethacin 50 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 100 MG CAP	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>meloxicam 7.5 mg tab, 15 mg tab</i>	2	
<i>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>morphine sulfate er er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>morphine sulfate morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>nabumetone 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	
<i>naproxen 125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab</i>	2	
<i>naproxen sodium 275 mg tab, 550 mg tab</i>	2	
<i>oxycodone hcl 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), EXT
<i>oxycodone-acetaminophen -5-325 mg tab, -10-325 mg tab, -2.5-325 mg tab, -7.5-325 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s)), EXT
<i>piroxicam 10 mg cap, 20 mg cap</i>	2	
<i>sulindac 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), EXT

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
<i>tramadol-acetaminophen -37.5-325 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), EXT
ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS		
<i>amphetamine-dextroamphet er -er 5 mg cap er, -er 10 mg cap er, -er 15 mg cap er, -er 20 mg cap er, -er 25 mg cap er, -er 30 mg cap er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>amphetamine-dextroamphetamine -dextro5 mg tab, -dextro7.5 mg tab, -dextro10 mg tab, -dextro12.5 mg tab, -dextro15 mg tab, -dextro20 mg tab, -dextro30 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>armodafinil 50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>dexmethylphenidate hcl er er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap er, er 15 mg cap er</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lisdexamfetamine dimesylate 10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate 10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s)), UB
<i>methylphenidate hcl 2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg chew tab, 10 mg chew tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (1800 cada 30 dia(s)), UB
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) er 20 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methylphenidate hcl er (cd) er 30 mg cap er, er 40 mg cap er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (la) er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (osm) er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er, er 72 mg tab er</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er methylphenidate hcl er 18 mg tab er, methylphenidate hcl er 27 mg tab er, methylphenidate hcl er 36 mg tab er, methylphenidate hcl er 54 mg tab er, methylphenidate hcl er 18 mg tab er 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>modafinil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
WAKIX 4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))

ANTICONVULSANTS

APTIOM 200 MG TAB, 400 MG TAB	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
APTIOM 600 MG TAB, 800 MG TAB	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	ST, LC (600 cada 30 dia(s)), NOTE
<i>carbamazepine 100 mg chew tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 300 mg cap 12h</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 400 mg tab 12h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er er 100 mg cap er, er 100 mg tab er</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbamazepine er er 200 mg cap er, er 200 mg tab er</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam 0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp, 2 mg tab, 2 mg tab disp</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET	4	PA2, LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s)), UB
DILANTIN 30 MG CAP	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	4	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr</i>	2	LC (1080 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 250 mg tab dr</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 500 mg tab dr</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 250 mg tab 24h</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 500 mg tab 24h</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	PA2, LC (900 cada 30 dia(s))
<i>epitol 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	LC (480 cada 30 dia(s))
EQUETRO 100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>ethosuximide 250 mg cap</i>	2	
<i>ethosuximide 250 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s)), UB
<i>felbamate 400 mg tab</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s)), UB
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	PA2, LC (360 cada 30 dia(s)), UB
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 2 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	2	LC (960 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</i>	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	LC (330 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide 10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	4	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab, 200 mg tab disp</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	2	LC (28 cada 180 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	2	LC (70 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 25 mg tab disp</i>	2	LC (210 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	2	LC (56 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine 5 mg chew tab, 25 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 50 mg tab disp, 150 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 25 mg tab 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 50 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lamotrigine er er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine starter kit-blue -35 x 25 mg</i>	2	LC (70 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine starter kit-green -84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	2	LC (196 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine starter kit-orange -42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	2	LC (98 cada 365 OVER TIME), UB
<i>levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5ml</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s)), UB
<i>levetiracetam 250 mg tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 500 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 750 mg tab, 1000 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam er er 500 mg tab er, er 750 mg tab er</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
LIBERVANT 5 MG FILM, 7.5 MG FILM, 10 MG FILM, 12.5 MG FILM, 15 MG FILM	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>magnesium sulfate 50 % solution</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s)), UB
<i>oxcarbazepine 600 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>phenobarbital 15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 20 mg/5ml solution, 30 mg tab, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>phenytoin 100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension</i>	2	LC (750 cada 30 dia(s)), UB
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>phenytoin sodium extended 200 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin sodium extended 300 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pregabalin 20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap</i>	2	
PRIMIDONE 125 MG TAB	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>primidone 250 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>primidone 50 mg tab</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	2	PA2, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	PA2, LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	PA2, LC (240 cada 30 dia(s))
SPRITAM 250 MG TAB, 500 MG TAB, 750 MG TAB, 1000 MG TAB	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN 5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 16 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	2	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	2	LC (420 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 15 mg cap, 25 mg cap</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg cap</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg/5ml, 500 mg/10ml</i>	2	LC (3000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	5	PA2, LC (9000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	PA2, LC (750 cada 30 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	PA2, LC (180 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	4	LC (56 cada 28 dia(s)), UB
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	4	LC (56 cada 28 dia(s)), UB
XCOPRI 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI COPRI 14 12.5 MG 14 25 MG TAB THPK, COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK	4	LC (28 cada 28 dia(s)), UB
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	5	PA2
<i>zonisamide 100 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>zonisamide 25 mg cap</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	5	PA2, LC (1080 cada 30 dia(s))

ANTIMIGRAINE AGENTS

AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	TE, LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
AJOVY JOVY 225 MG/1.5ML SOLN - INJ	3	TE, LC (4.5 cada 84 OVER TIME), UB
<i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME), UB
<i>eletriptan hydrobromide 40 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	4	PA1, LC (3 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA1, LC (4 cada 84 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate 2.5 mg tab</i>	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	PA1, LC (8 cada 30 OVER TIME)
QULIPTA 10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	4	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REYVOW 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	PA1, LC (8 cada 30 OVER TIME), UB
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME), UB
<i>sumatriptan 5 mg/act, 20 mg/act</i>	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME), UB
<i>sumatriptan succinate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME), UB
<i>sumatriptan succinate 4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution</i>	2	LC (4 cada 30 OVER TIME), UB
<i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart</i>	2	LC (4 cada 30 OVER TIME), UB
UBRELVY 50 MG TAB, 100 MG TAB	3	PA1, LC (16 cada 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan 2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME), UB
<i>zolmitriptan 5 mg solution</i>	2	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	5	PA1, UB, NOTE
<i>benztropine mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>benztropine mesylate 2 mg tab</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate 2.5 mg tab, 5 mg cap</i>	2	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	2	
CARBIDOPA-LEVODOPA CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA- LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25- 100 MG TAB, CARBIDOPA- LEVODOPA 25-250 MG TAB	2	
<i>carbidopa-levodopa er -er 25-100 mg tab er, - er 50-200 mg tab er</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 25-100-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 31.25-125-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab</i>	2	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	2	UB
<i>pramipexole dihydrochloride 0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er</i>	2	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	
<i>ropinirole hcl 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab</i>	2	
<i>ropinirole hcl er er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
RYTARY 23.75-95 MG CAP ER	3	TE, LC (750 cada 30 dia(s))
RYTARY 36.25-145 MG CAP ER	3	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
RYTARY 48.75-195 MG CAP ER	3	TE, LC (360 cada 30 dia(s))
RYTARY 61.25-245 MG CAP ER	3	TE, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>selegiline hcl 5 mg cap, 5 mg tab</i>	2	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))
TRIHXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION	2	
<i>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
ZELAPAR 1.25 MG TAB DISP	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp, 2 mg tab, 2 mg tab disp</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam er er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam xr 0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
BELSOMRA 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>buspirone hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>diazepam diazepam 2.5 mg gel, diazepam 10 mg gel, diazepam 20 mg gel</i>	2	UB
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>eszopiclone 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION	5	PA1, LC (150 cada 30 dia(s)), UB
<i>hydroxyzine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap</i>	2	
<i>lorazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), UB
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 15 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 30 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>triazolam 0.125 mg tab, 0.25 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
VALTOCO 15 MG DOSE 7.5 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
VALTOCO 20 MG DOSE 10 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
<i>zaleplon 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate er er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>atomoxetine hcl 10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>guanfacine hcl er er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er</i>	2	
<i>memantine hcl 2 mg/ml, 10 mg/5ml</i>	2	
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	2	LC (49 cada 28 dia(s)), UB
<i>memantine hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>memantine hcl er er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 100 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 150 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	PA1, LC (70 cada 28 dia(s))
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 MG/5ML SUSPENSION	5	PA1, LC (70 cada 28 dia(s))
<i>riluzole 50 mg tab</i>	2	
SUNOSI 75 MG TAB, 150 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
OPIATE ANTAGONISTS		
NALOXONE HCL 0.4 MG/ML SOLN PRSYR	2	LC (2 cada 30 OVER TIME), UB
<i>naloxone hcl naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml solution</i>	2	LC (2 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	
PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS		
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	PA3, LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	PA3, LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
ABILIFY MANTENA 300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER	5	PA3, LC (2 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>amitriptyline hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
<i>amoxapine 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
ALENZIN 174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s)), UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>aripiprazole 10 mg tab disp, 15 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab</i>	2	
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	PA3, LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	PA3, LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	PA3, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	PA3, LC (3.2 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	5	PA3, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>asenapine maleate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	TE, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bupropion hcl 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	2	
<i>bupropion hcl er (sr) er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er</i>	2	
<i>bupropion hcl er (xl) er 150 mg tab er, er 300 mg tab er</i>	2	
CAPLYTA 10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>chlorpromazine hcl chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	1	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CITALOPRAM HYDROBROMIDE CITALOPRAM HYDROBROMIDE 10 MG/5ML SOLUTION, CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 MG CAP	2	
<i>clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	TE
<i>clozapine 100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	2	LC (135 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clozapine clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab disp</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>compro 25 mg suppos</i>	2	NOTE
<i>desipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab</i>	2	
DESVENLAFAXINE ER ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>desvenlafaxine succinate er er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>doxepin hcl 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap</i>	2	
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	2	UB
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>duloxetine hcl 20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr</i>	2	
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
EMSAM 6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>escitalopram oxalate 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	1	
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5ml solution</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FANAPT 1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	4	PA2, LC (8 cada 30 OVER TIME), UB
FETZIMA 20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s)), UB
FLUOXETINE HCL (PMDD) 10 MG TAB, 20 MG TAB	2	
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	2	LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
<i>fluoxetine hcl fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	2	PA3, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	2	PA3, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>fluphenazine hcl fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er er 100 mg cap er, er 150 mg cap er</i>	2	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml, 100 mg/ml</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	UB
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>imipramine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>imipramine pamoate 75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap</i>	2	
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (3.5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA SUSTENNA 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR, 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	2	
<i>lithium carbonate er er 300 mg tab er, er 450 mg tab er</i>	2	
<i>lithium carbonate lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap</i>	2	
<i>loxapine succinate 5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap</i>	2	
<i>lurasidone hcl 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
LYBALVI 5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB	4	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
MARPLAN 10 MG TAB	4	
<i>mirtazapine 15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>mirtazapine 7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	2	
MOLINDONE HCL 5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB	2	LC (270 cada 30 dia(s))
NEFAZODONE HCL 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	2	
<i>nortriptyline hcl 10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	2	
NUPLAZID 10 MG TAB, 34 MG CAP	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>olanzapine 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>olanzapine 5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine-fluoxetine hcl -3-25 mg cap, -6-25 mg cap, -6-50 mg cap, -12-25 mg cap, -12-50 mg cap</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab</i>	2	
<i>paroxetine hcl 10 mg/5ml suspension</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er 25 mg tab 24h</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
PAXIL 10 MG/5ML SUSPENSION	4	
<i>perphenazine 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab</i>	2	
PERSERIS 90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR	5	PA3, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>phenelzine sulfate phenelzine sulfate 15 mg tab, phenelzine sulfate 15 mg tab</i>	2	
PIMOZIDE 1 MG TAB, 2 MG TAB	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	2	BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>prochlorperazine maleate 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>protriptyline hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	TE
<i>quetiapine fumarate er er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er</i>	2	
<i>quetiapine fumarate quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab</i>	2	
REXULTI 0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB	4	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>risperidone 0.25 mg tab</i>	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TAB DISP	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab</i>	2	UB
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), UB
<i>risperidone microspheres er er 12.5 mg, er 25 mg</i>	4	PA3, UB, NOTE
<i>risperidone microspheres er er 37.5 mg, er 50 mg</i>	5	PA3, UB, NOTE
SECUADO 3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s)), UB
<i>sertraline hcl 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	1	
<i>thioridazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>thiothixene 1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	2	
<i>trazodone hcl 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>trimipramine maleate 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	TE
TRINTELLIX 5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.42 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	PA3, LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H	2	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>venlafaxine hcl 25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap 24h</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	PA2, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ziprasidone hcl 20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap</i>	2	UB
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ZURZUVAE 20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP	5	PA2, LC (28 cada 14 dia(s))
ZYPREXA RELPREVV 210 MG RECON SUSP	4	PA3, UB

VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS

AUSTEDO 6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	PA1, LC (28 cada 180 OVER TIME)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	PA1, LC (42 cada 180 OVER TIME), UB
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	5	PA1, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))

ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA

AMMONIA DETOXICANTS

<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	5	PA1
<i>constulose 10 gm/15ml solution</i>	2	UB
<i>enulose 10 gm/15ml solution</i>	2	UB
<i>generlac 10 gm/15ml solution</i>	3	UB
<i>lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution</i>	2	UB
<i>lactulose lactulose 10 gm packet, lactulose 10 gm/15ml solution, lactulose 20 gm/30ml solution</i>	2	UB
<i>sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder</i>	5	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CALORIC AGENTS		
CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	BVD (TPN), NOTE
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	BVD (TPN), NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) (/25) % SOLUTION	3	BVD (TPN), UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) (/2) % SOLUTION	3	BVD (TPN), UB, NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION	3	BVD (TPN), NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	BVD (TPN), NOTE
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	BVD (TPN), NOTE
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	2	IH, UB, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>dextrose 10 % solution</i>	2	IH, UB
<i>dextrose 5 % solution</i>	2	IH
<i>glucose 5 % solution</i>	2	IH
ISOLYTE-P IN D5W -IN SOLUTION	3	IH, UB
NUTRILIPID 20 % EMULSION	3	IH, UB, NOTE
<i>plenamine 15 % solution</i>	2	IH, UB, NOTE
PREMASOL 10 % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
PROSOL 20 % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
TRAVASOL 10 % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	3	IH, UB, NOTE

DIURETICS

<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	2	
AMILORIDE- HYDROCHLOROTHIAZIDE -5-50 MG TAB	2	
<i>bumetanide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	
<i>chlorthalidone 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION	3	
<i>ethacrynic acid 25 mg tab</i>	4	PA1, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	1	
FUROSEMIDE FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION	2	UB
<i>hydrochlorothiazide 12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab</i>	1	
<i>indapamide 1.25 mg tab, 2.5 mg tab</i>	1	
JYNARQUE 15 MG TAB THPK, 30 & 15 MG TAB THPK	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
JYNARQUE 15 MG TAB, 30 MG TAB	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
JYNARQUE 45 15 MG TAB THPK, 60 30 MG TAB THPK, 90 30 MG TAB THPK	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>metolazone 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	1	
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan tolvaptan 15 mg tab, tolvaptan 15 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>toremide 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab</i>	2	
<i>triamterene 50 mg cap, 100 mg cap</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>triamterene-hctz -37.5-25 mg cap, -37.5-25 mg tab, -75-50 mg tab</i>	1	
ION-REMOVING AGENTS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	2	UB
LOKELMA 10 GM PACKET	3	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	2	UB
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION	2	UB
VELTASSA 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
REPLACEMENT PREPARATIONS		
<i>dextrose-nacl -5-0.45 %, -5-0.9 %</i>	2	IH, UB, NOTE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>potassium chloride in nacl potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>potassium chloride potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>potassium citrate er er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er</i>	2	
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>sodium chloride 0.45 %, 3 %, 5 %</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	2	PA3, IH, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
TPN ELECTROLYTES CONC	2	IH, UB
URICOSURIC AGENTS		
<i>colchicine-probenecid -0.5-500 mg tab</i>	2	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	2	
ENZIMAS		
PALYNZIQ 2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	PA1
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	5	PA1, AL, LC (354 cada 30 dia(s)), NOTE

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>neomycin-polymyxin-hc neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension</i>	2	UB
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	2	UB
<i>perio gard 0.12 % solution</i>	2	UB
<i>sulfacetamide sodium sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution</i>	2	UB
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE - 10-0.23 % SOLUTION	2	UB
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	UB
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	2	UB
<i>tobramycin-dexamethasone -0.3-0.1 % suspension</i>	2	UB
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	2	UB
XDEMY 0.25 % SOLUTION	5	PA1
ZIRGAN 0.15 % GEL	4	UB
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	UB

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	UB
QNASL 80 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME), UB
QNASL CHILDRENS 40 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	2	UB
TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XHANCE 93 MCG/ACT EXHU	4	PA1
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB

ANTIALLERGIC AGENTS

ALOMIDE 0.1 % SOLUTION	4	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	2	UB
<i>azelastine hcl 0.1 %, 137 mcg/spray</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	2	TE, LC (30.5 cada 30 OVER TIME), UB

ANTIGLAUCOMA AGENTS

ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	UB
BETOPTIC-S -0.25 % UPENION	4	UB
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	2	LC (7.5 cada 30 OVER TIME), UB
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	UB
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	3	LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	2	UB
<i>dorzolamide hcl-timolol mal -22.3-6.8 mg/ml solution</i>	2	UB
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf -2-0.5 % solution</i>	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	2	UB
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	UB
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	LC (5 cada 30 OVER TIME), UB
<i>methazolamide 25 mg tab, 50 mg tab</i>	2	
<i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 %</i>	2	UB
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	3	LC (16 cada 30 OVER TIME), UB
<i>timolol maleate (once-daily) -0.5 % solution</i>	2	UB
<i>timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.25 % solution, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution</i>	2	UB
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	2	UB
<i>timolol maleate pf 0.25 %, 0.5 %</i>	2	UB
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	TE
XELPROS 0.005 % EMULSION	4	LC (2.5 cada 30 OVER TIME)

EENT DRUGS, MISCELLANEOUS

<i>acetic acid 2 % solution</i>	2	UB
APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION	2	UB
CYSTADROPS 0.37 % SOLUTION	5	PA1, LC (20 cada 30 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
IOPIDINE 1 % SOLUTION	4	UB
<i>ipratropium bromide 0.03 %, 0.06 %</i>	2	UB

MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alosetron hcl 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
---	---	------------------------

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	2	
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
DIPENTUM 250 MG CAP	4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA 4 GM KIT	4	UB

ANTIDIARRHEA AGENTS

<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	2	UB
XERMELO 250 MG TAB	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))

ANTIEMETICS

ANZEMET 50 MG TAB	4	PA3, ST, LC (7 PER 30 OVER TIME), NOTE
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	2	PA3, LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), NOTE
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	2	PA3, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), NOTE
<i>aprepitant 80 125 mg cap, 80 125 mg misc</i>	2	PA3, LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), UB, NOTE
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	2	PA3, LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), UB, NOTE
<i>dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	2	PA1, LC (60 PER 30 DAYS), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	2	PA3, BVD (ORAL ANTIEMETICS), UB, NOTE
<i>ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp</i>	2	PA3, LC (240 PER 30 DAYS), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	PA3, LC (240 PER 30 DAYS), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	PA3, BVD (ORAL ANTIEMETICS), UB, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	PA3, LC (4 PER 28 OVER TIME), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE

ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS

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

CATHARTICS AND LAXATIVES

CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/160ML SOLUTION, 10-3.5-12 MG-GM -GM/175ML SOLUTION	3	
GAVILYTE-C -240 GM REON SOLN	2	UB
<i>gavilyte-g -236 m recon soln</i>	2	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
 AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
 BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>gavilyte-n with flavor pack -420 gm recon sol</i>	2	UB
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf --17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ---cl 420 gm recon soln</i>	2	UB
<i>peg-3350/electrolytes -236 gm recon soln</i>	2	UB
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat -100 gm recon soln</i>	2	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c -kl-l-sulf--100 gm reon soln</i>	2	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	4	TE
SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	3	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
CHENODAL 250 MG TAB	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>ursodiol 250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab</i>	2	
DIGESTANTS		
CREON 3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART	3	
PANCREAZE 2600-8800 CP DR PART, 4200-14200 CP DR PART, 10500-35500 CP DR PART, 16800-56800 CP DR PART, 21000-54700 CP DR PART, 37000-97300 CP DR PART	3	
PERTZYE 16000 CP DR PART, 16000-57500 CP DR PART, 24000-86250 CP DR PART	5	
PERTZYE 4000 CP DR PART, 4000-14375 CP DR PART, 8000 CP DR PART	4	
VIOKACE 10440-39150 UNIT TAB	4	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VIOKACE 20880 TAB, 20880-78300 TAB	5	
ZENPEP 3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART	3	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM 50 MG CAP, 250 MG CAP	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
LINZESS 72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lubiprostone 8 mcg cap, 24 mcg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MOVANTIK 12.5 MG TAB, 25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
REZDIFFRA 60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC 0.2 MG TAB	3	
PROKINETIC AGENTS		
<i>metoclopramide hcl 5 mg/5ml, 10 mg/10ml</i>	2	UB
METOCLOPRAMIDE HCL METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB, METOCLOPRAMIDE HCL 10 MG TAB, METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	2	
MOTEGRITY 1 MG TAB, 2 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
ANTAGONISTAS DE METAL PESADO		
CHEMET 100 MG CAP	4	
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 180 mg tab</i>	5	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	5	PA1, LC (360 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>deferasirox 360 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet</i>	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox granules 90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet</i>	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferiprone 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	
TRIENTINE HCL TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP	5	PA1

HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS

ADRENALS

ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s)), UB
ASMANEX (30 METERED DOSES) 110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s)), UB
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s)), UB
ASMANEX HFA 100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s)), UB
<i>budesonide 0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension</i>	2	PA3, LC (240 PER 30 DAYS), BVD (INHALATION), UB, NOTE
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	2	
<i>dexamethasone 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab</i>	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>hydrocortisone 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	2	UB
<i>methylprednisolone 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab</i>	2	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	2	UB
<i>prednisolone sodium phosphate prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp</i>	2	
<i>prednisone 1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab</i>	1	
PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISON INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	
TARPEYO 4 MG CAP DR	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
ANDROGENS		
<i>danazol 50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	
<i>depo-testosterone -100 mg/ml solution</i>	4	PA3, LC (10 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>depo-testosterone depo-testosterone 200 mg/ml solution, depo-testosterone 200 mg/ml solution</i>	4	PA3, LC (10 cada 30 OVER TIME), UB
<i>testosterone 1.62 % gel, 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, 20.25 mg/act (1.62%) gel, 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), UB
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	2	PA1, LC (180 cada 30 dia(s)), UB
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml solution</i>	2	LC (10 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
<i>testosterone cypionate 200 mg/ml solution</i>	2	LC (10 cada 28 OVER TIME), UB
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	2	LC (10 cada 28 OVER TIME), UB
<i>testosterone testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel</i>	2	PA1, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
<i>testosterone testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s)), UB

ANTIDIABETIC AGENTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>glipizide xl 2.5 mg tab er, 5 mg tab er, 10 mg tab er</i>	1	
<i>glipizide-metformin hcl -2.5-250 mg tab, -2.5-500 mg tab, -5-500 mg tab</i>	1	
<i>glyburide-metformin -1.25-250 mg tab, -2.5-500 mg tab, -5-500 mg tab</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
GLYXAMBI 10-5 MG TAB, 25-5 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
HUMALOG 100 UNIT/ML SOLN CART, 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
HUMALOG KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
HUMALOG KWIKPEN KWIK200 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN KWIK(50-50) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (35\$/30), UB
HUMALOG MIX 75/25 (75-25) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN KWIK(75-25) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) HMLIN - (CONCENTATED) NIT/ML SOLTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
HUMULIN R U-500 KWIKPEN HMLIN -KWIKNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina)
INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
INSULIN DEGLUDEC 100 UNIT/ML SOLUTION	4	PA1, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN	4	PA1, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
JANUMET 50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUVIA 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JARDIANCE 10 MG TAB, 25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>metformin hcl 500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab</i>	1	
<i>metformin hcl er er 500 mg tab er, er 750 mg tab er</i>	1	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
MIGLITOL 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	2	
MOUNJARO MOUNJRO 2.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 7.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 10 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 12.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, MOUNJRO 15 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	PA1, LC (2 cada 28 OVER TIME)
<i>nateglinide 60 mg tab, 120 mg tab</i>	1	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (35\$/30), BVD (Insulina), UB, NOTE
<i>pioglitazone hcl 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-glimepiride -30-2 mg tab, -30-4 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl -15-500 mg tab, -15-850 mg tab</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>repaglinide 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	1	
<i>saxagliptin hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er -2.5-1000 mg tab 24h</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er -er 5-1000 mg tab er, -er 5-500 mg tab er</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SEGLUROMET 2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL -50-1000 MG TAB, -50-500 MG TAB	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SOLQUA 100-33 UNT-MCG/ML SOLN PEN	3	TE, LC (18 cada 30 OVER TIME), UB
STEGLATRO 5 MG TAB, 15 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMLINPEN 120 SYMLIN2700 MCG/2.7ML SOLN	5	TE, LC (10.8 cada 30 OVER TIME), UB
SYMLINPEN 60 SYMLIN1500 MCG/1.5ML SOLN	5	TE, LC (10.8 cada 30 OVER TIME), UB
SYNJARDY 5-1000 MG TAB, 5-500 MG TAB, 12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR 5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (30 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (45 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB
TRADJENTA 5 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRIJARDY XR 5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5-1000 MG TAB ER 24H	3	
TRULICITY 0.75 MG/0.5ML SOLN - INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 3 MG/0.5ML SOLN -INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN -INJ	3	PA1, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
WEGOVY 0.25 MG/0.5ML SOLN -INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN -INJ, 1 MG/0.5ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (2 cada 28 OVER TIME), UB
WEGOVY 1.7 MG/0.75ML SOLN -INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (3 cada 28 OVER TIME), UB
XIGDUO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XIGDUO XR 5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))

ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS

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

CONTRACEPTIVES

<i>amethia 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s)), UB
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	UB
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>blisovi fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
 AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
 BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>camila 0.35 mg tab</i>	2	UB
<i>cryselle-28 -0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>desogestrel-ethinyl estradiol -0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab, -0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	2	UB
<i>drospiren-eth estrad-levomefol --3-0.02-0.451 mg tab</i>	2	UB
<i>drospirenone-ethinyl estradiol -3-0.02 mg tab, -3-0.03 mg tab</i>	2	UB
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>errin 0.35 mg tab</i>	2	UB
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>estradiol-norethindrone acet -0.5-0.1 mg tab, -1-0.5 mg tab</i>	2	UB
<i>ethynodiol diac-eth estradiol ynodiol -1-35 mg-mcg tab, ynodiol -1-50 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol -0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>fyavolv 0.5-2.5 mg-mcg tab, 1-5 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	UB
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>heather 0.35 mg tab</i>	2	UB
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s)), UB
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s)), UB
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	2	UB
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>junel 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>junel 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>junel fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>junel fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	UB
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	UB
<i>kelnor 1/35 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>kelnor 1/50 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	UB
<i>levonorg-eth estrad triphasic -50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	UB
<i>levonorgest-eth estrad 91-day --0.15-0.03 &0.01 mg tab</i>	2	UB
<i>levonorgest-eth estrad 91-day --0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s)), UB
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad -90-20 mcg tab</i>	2	UB
<i>levora 0.15/30 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	3	PA3, LC (1 cada 365 OVER TIME), UB, NOTE
LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB	4	UB
<i>loestrin 1.5/30 (21) /-mg-mcg tab</i>	4	UB
<i>loestrin 1/20 (21) /-mg-mcg tab</i>	4	UB
<i>loestrin fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	4	UB
<i>loestrin fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	4	UB
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	2	UB
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	2	UB
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	2	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>microgestin 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>microgestin 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>microgestin 24 fe 1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>microgestin fe 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>microgestin fe 1/20 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	2	UB
<i>necon 0.5/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	3	PA1, LC (1 cada 365 OVER TIME), UB
<i>norelgestromin-eth estradiol -150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>norethin ace-eth estrad-fe norin --1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe --1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	2	UB
<i>norethindrone acet-ethinyl est -1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol -0.5-2.5 mg-mcg tab, -1-5 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>norgestim-eth estrad triphasic -0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	UB
<i>norgestimate-eth estradiol -0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nortrel 0.5/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nortrel 1/35 (21) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nortrel 1/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nylia 1/35 /-mg-mcg tab</i>	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>nymyo 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>portia-28 -0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB	4	UB
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	UB
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-estarylla -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-legest fe -1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-lo-estarylla --0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-lo-sprintec --0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-nymyo -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-sprintec -0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	UB
<i>tri-vylibra lo -0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	UB
<i>trivora (28) 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	UB
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	UB
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	2	UB
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	2	UB
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>zovia 1/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<i>zovia 1/35e (28) /e -mg-mcg tab</i>	2	UB

ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS

<i>anastrozole 1 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
-----------------------------	---	------------------------

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DEPO-ESTRADIOL -5 MG/ML OIL	4	UB
<i>dotti 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	UB
<i>dotti 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw</i>	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk</i>	2	UB
<i>estradiol 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch wk</i>	2	
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream</i>	2	LC (127.5 cada 30 OVER TIME), UB
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>exemestane 25 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
FEMRING 0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME), UB
IMVEXXY MAINTENANCE PACK PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
IMVEXXY STARTER PACK PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	UB
<i>lyllana 0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw</i>	3	
ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP THPK	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
OSPHENA 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREMARIN 0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	3	UB
PREMPRO 0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB	3	UB
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamoxifen citrate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), UB

GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS

ELIGARD 7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT	4	PA3, UB, NOTE
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 /VIAL RECON SOLN	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
<i>leuprolide acetate 1 mg/0.2ml kit</i>	4	BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LEUPROLIDE ACETATE 22.5 MG INJECTABLE	4	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
LUPRON DEPOT (1-MONTH) -3.75 MG KIT, -7.5 MG KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (3-MONTH) -11.25 MG KIT, -22.5 MG KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (4-MONTH) -30 MG KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (6-MONTH) -45 MG KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) -- 7.5 MG KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) -- 11.25 MG () KIT	5	PA3, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
ORGOVYX 120 MG TAB	5	PA2, LC (32 cada 30 dia(s))
ORLISSA 150 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
ORLISSA 200 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	PA1, UB
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP	4	PA3, UB, NOTE

PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS

<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	UB, ESRD
<i>cinacalcet hcl 30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), ESRD, NOTE

PITUITARY

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
GENOTROPIN MINIQUICK 0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR	5	PA1, UB, EXT
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	PA1, UB, EXT

PROGESTINS

CRINONE 4 % GEL	4	PA1, UB
DEPO-SUBQ PROVERA 104 - MG/0.65ML SUSP PRSYR	3	LC (1 cada 90 OVER TIME), UB
<i>medroxyprogesterone acetate 150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension</i>	2	LC (1 cada 90 OVER TIME), UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>medroxyprogesterone acetate 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>megestrol acetate 20 mg tab, 40 mg tab</i>	2	
<i>megestrol acetate megestrol acetate 40 mg/ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 400 mg/10ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 800 mg/20ml suspension</i>	2	UB
<i>progesterone 100 mg cap, 200 mg cap</i>	2	

SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS

<i>octreotide acetate octreotide acetate 200 mcg/ml solution, octreotide acetate 50 mcg/ml solution, octreotide acetate 100 mcg/ml solution, octreotide acetate 200 mcg/ml solution</i>	2	PA1, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>octreotide acetate octreotide acetate 500 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution, octreotide acetate 1000 mcg/ml solution</i>	5	PA1, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), UB

SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS

GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE	5	PA1, UB, EXT
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	PA1, UB, EXT
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	PA1, UB, EXT
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	PA2, LC (90 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s)), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s)), UB
<i>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	
ANTIDOTES		
<i>acetylcysteine 10 % solution</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>acetylcysteine 20 % solution</i>	2	PA3, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	2	NOTE
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>febuxostat 40 mg tab, 80 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (2.4 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE, EXT
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	PA1, UB, EXT
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	PA1, LC (1.56 cada 30 OVER TIME), EXT

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>alendronate sodium 35 mg tab, 70 mg tab</i>	1	LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	PA3, LC (1 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB
<i>risedronate sodium 35 mg tab, 35 mg tab dr</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
<i>risedronate sodium 5 mg tab, 30 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
<i>acetazolamide 125 mg tab, 250 mg tab</i>	2	
<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	2	
KEVEYIS 50 MG TAB	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA 2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN	5	PA1, LC (16 cada 28 OVER TIME), EXT
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	PA1, LC (18 cada 30 OVER TIME), UB, EXT
ORLADEYO 110 MG CAP, 150 MG CAP	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
TAVNEOS 10 MG CAP	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s)), EXT
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (0.8 cada 28 OVER TIME), UB
AMJEVITA 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (3.2 cada 28 OVER TIME), UB
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
RIDAURA 3 MG CAP	5	
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION	5	PA1, LC (2 cada 84 OVER TIME), UB
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (3 cada 84 OVER TIME), UB
TALTZ 80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (3 cada 28 OVER TIME)
TYENNE 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (3.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	PA1, LC (300 cada 30 dia(s))
XELJANZ 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
XELJANZ XR 11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
IMMUNOMODULATORY AGENTS		
ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	5	PA2, UB, NOTE
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	PA2, LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>dimethyl fumarate 120 mg cap dr, 240 mg cap dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
<i>fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME), UB
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME), UB
<i>teriflunomide 7 mg tab, 14 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
THALOMID 150 MG CAP	5	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
THALOMID 50 MG CAP, 100 MG CAP, 200 MG CAP	5	LC (30 cada 30 dia(s)), UB

IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS

ASTAGRAF XL 0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H	4	PA3, ST, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>azathioprine 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, BVD (Inyactable/INFUSIBLE), NOTE
<i>cyclosporine 25 mg cap, 100 mg cap</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (7 cada 168 OVER TIME), UB
ENVARUSUS XR 0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H	4	PA3, ST, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>gengraf 100 mg cap</i>	2	PA3, UB, NOTE
<i>gengraf 25 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUPKYNIS 7.9 MG CAP	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>	2	PA3, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>	2	PA3, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	2	PA3, LC (240 cada 30 dia(s)), UB, NOTE
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	2	PA3, LC (120 cada 30 dia(s)), UB, NOTE
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	4	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
REZUROCK 200 MG TAB	5	PA2, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	4	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	5	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>sirolimus 2 mg tab</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	2	PA3, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE

OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
----------------------------	---	---

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>betaine powder</i>	5	
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	4	PA1
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
FILSPARI 200 MG TAB, 400 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
FIRDAPSE 10 MG TAB	5	PA1, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 1 MG TAB	5	PA1, LC (240 cada 30 dia(s)), UB
ISTURISA 5 MG TAB	5	PA1, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>l-glutamine -gutamine 5 gm packet</i>	5	PA1, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	5	PA1
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	5	PA1, LC (67.8 cada 30 dia(s)), UB
<i>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap</i>	5	PA1, LC (600 cada 30 dia(s))
NITYR 2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	PA1, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	PA1, LC (1500 cada 30 dia(s))
PYRUKYND 5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB	5	PA1, LC (56 cada 28 dia(s)), EXT
PYRUKYND TAPER PACK PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK	5	PA1, LC (56 cada 28 dia(s)), EXT
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	5	PA1
TEGSEDI 284 MG/1.5ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (6 cada 28 OVER TIME)
VOXZOGO 0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON 100 MG CAP	4	
MESNEX 400 MG TAB	5	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTICONCEPTIVOS SIN HORMONAS		
PHEXXI 1.8-1-0.4 % GEL	4	
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	2	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	2	UB
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (0.5 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (2 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN -INJ	5	PA1, LC (2 cada 56 OVER TIME), UB
<i>montelukast sodium 4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
XOLAIR 150 MG RECON SOLN	5	PA1, LC (6 cada 28 OVER TIME), BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (6 cada 28 OVER TIME), NOTE
XOLAIR 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (4 cada 28 OVER TIME), NOTE
XOLAIR XOLIR 150 MG/ML SOLN - INJ	5	PA1, LC (6 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
XOLAIR XOLIR 75 MG/0.5ML SOLN - INJ	5	PA1, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)		
<i>azelastine-fluticasone -137-50 mcg/act suspension</i>	2	TE, LC (23 cada 30 OVER TIME), UB
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	2	PA3, BVD (INHALATION), UB, NOTE
ANTIFIBROTIC AGENTS		
OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 267 mg cap, 267 mg tab</i>	5	PA1, LC (270 cada 30 dia(s)), UB
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s)), UB
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO 5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	5	PA1, LC (120 cada 30 dia(s))
ORKAMBI 75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s))
MUCOLYTIC AGENTS		
BRONCHITOL 40 MG CAP	5	PA1, LC (600 cada 30 dia(s)), UB
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP	5	PA1, LC (600 cada 30 dia(s)), UB
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	PA3, LC (150 PER 30 DAYS), BVD (INHALATION), UB, NOTE
VASODILATING AGENTS		
ADEMPAS 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB	5	PA1, LC (90 cada 30 dia(s)), EXT
<i>ambrisentan 5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	PA1, AL, LC (30 cada 30 dia(s)), NOTE, EXT

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>bosentan 62.5 mg tab, 125 mg tab</i>	5	PA1, LC (60 cada 30 dia(s)), EXT
OPSUMIT 10 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s)), EXT
WINREVAIR 2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT	5	PA1, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE

AGENTES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTI-INFECTIVES

<i>acyclovir 5 % ointment</i>	2	UB
<i>benzoyl peroxide-erythromycin -5-3 % gel</i>	2	UB
<i>ciclopirox 0.77 % gel, 1 % shampoo</i>	2	UB
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento)
<i>ciclopirox olamine 0.77 % cream, 0.77 % suspension</i>	2	UB
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1-5 % gel, -1.2-2.5 % gel</i>	2	TE, UB
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1.2-5 % gel</i>	2	UB
<i>clindamycin phosphate 1 % gel, 1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream</i>	2	UB
<i>clotrimazole 1 % cream, 1 % solution</i>	2	UB
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion</i>	2	UB
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	2	UB
ERY 2 % PAD	2	UB
<i>erythromycin 2 % gel, 2 % solution</i>	2	UB
<i>gentamicin sulfate 0.1 % cream, 0.1 % ointment</i>	2	UB
<i>ivermectin ivermectin 1 % cream, ivermectin 1 % cream</i>	2	TE, LC (45 cada 30 OVER TIME), UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>ketoconazole 2 % cream, 2 % shampoo</i>	2	UB
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion</i>	2	UB
<i>metronidazole 1 % gel</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	2	UB
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	2	UB
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	2	UB
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>nystatin-triamcinolone -100000-0.1 unit/gm-% cream, -100000-0.1 unit/gm-% ointment</i>	2	UB
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	2	UB
<i>penciclovir 1 % cream</i>	2	UB
<i>permethrin 5 % cream</i>	2	UB
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	2	UB
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	4	UB
<i>ssd 1 % cream</i>	2	UB
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	2	UB
<i>terconazole 0.4 %, 0.8 %</i>	2	UB
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	2	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	2	UB
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>ala-cort -2.5 % cream</i>	2	UB
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	2	UB
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	2	UB
<i>betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.12 % foam</i>	2	UB
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % ointment</i>	2	UB
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % suspension</i>	3	UB
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	2	UB
<i>clobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution</i>	2	UB
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	2	LC (125 cada 14 OVER TIME), UB
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	2	UB
<i>desonide 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	2	UB
<i>desoximetasone 0.25 % cream, 0.25 % ointment</i>	2	UB
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), UB
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	2	UB
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM	5	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	2	UB
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	2	UB
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	2	UB

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>fluocinonide fluocinonide 0.1 % cream, fluocinonide 0.05 % gel, fluocinonide 0.05 % cream, fluocinonide 0.05 % gel, fluocinonide 0.05 % ointment, fluocinonide 0.05 % solution</i>	2	UB
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	2	UB
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	2	UB
<i>hydrocortisone (perianal) 1 %, 2.5 %</i>	2	UB
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	2	
<i>hydrocortisone hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion</i>	2	UB
<i>mometasone furoate 0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution</i>	2	UB
<i>procto-med hc -2.5 % cream</i>	2	UB
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	2	UB
<i>proctozone-hc -2.5 % cream</i>	2	UB
<i>triamcinolone acetonide 0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment</i>	2	UB
<i>triderm 0.5 % cream</i>	2	UB
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapalene-benzoyl peroxide -0.1-2.5 % gel</i>	2	TE, UB
<i>ammonium lactate 12 % cream</i>	2	UB
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acutane 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	2	UB
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>adapalene 0.1 % cream, 0.3 % gel</i>	2	TE, UB
ADBRY 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (6 cada 28 OVER TIME)

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ALTRENO 0.05 % LOTION	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>amnestem 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	UB
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	2	LC (50 cada 30 OVER TIME), UB
AZELEX 20 % CREAM	4	TE, UB
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	PA2, UB
<i>calcipotriene calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution</i>	2	UB
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	2	UB
CIBINQO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB	5	PA1, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>claravis 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	UB
<i>claravis 30 mg cap</i>	3	
<i>dapsone 5 % gel</i>	2	TE, UB
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB, EXT
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	PA1, LC (8 cada 28 OVER TIME), EXT
FILSUVEZ 10 % GEL	5	PA1, UB
FINACEA 15 % FOAM	4	
<i>fluorouracil fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution</i>	2	UB
HYFTOR 0.2 % GEL	5	PA1
<i>imiquimod 5 % cream</i>	2	UB
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	2	UB
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	PA2, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	2	TE, UB
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	UB
<i>tacrolimus 0.03 %, 0.1 %</i>	2	LC (100 cada 30 OVER TIME), UB
<i>tazarotene 0.05 % gel, 0.1 % gel</i>	2	UB
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	2	TE, UB
TAZORAC 0.05 % CREAM	4	TE, UB
<i>tretinoin 0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream</i>	2	UB
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	2	TE, UB
<i>tretinoin microsphere 0.04 % gel, 0.1 % gel</i>	2	TE, UB
<i>tretinoin microsphere pump pump 0.04 % gel, pump 0.1 % gel</i>	2	TE, UB
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	PA2, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
VTAMA 1 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zenatane 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	2	UB
<i>zenatane 30 mg cap</i>	2	
ZORYVE 0.15 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 OVER TIME)
ZORYVE 0.3 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
ZORYVE 0.3 % FOAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))

PREPARACIONES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS

<i>agoneaze 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>dermacinrx empricaine 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>dermacinrx prizopak 2.5-2.5 % kit</i>	2	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE -1-1 % CREAM	2	UB
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	2	UB
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % cream</i>	2	UB
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % kit</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lidocan 5 % patch</i>	2	
<i>livixil pak 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i>	2	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	2	

RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tropium chloride er 60 mg cap 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>roflumilast 250 mcg tab, 500 mcg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>theophylline er theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h</i>	2	

SUMINISTROS

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

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

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

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

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

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

VITAMINAS

VITAMIN D

<i>calcitriol 0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap</i>	2	ESRD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	2	UB, ESRD
<i>doxercalciferol 0.5 mcg cap, 1 mcg cap, 2.5 mcg cap</i>	2	ESRD

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
 AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
 BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	2	ESRD, NOTE
ATABEX EC AEX 29-1 MG DR	3	
AZESCHEW PRENATAL/POSTNATAL 13-1 MG TAB	3	
AZESCO 13-1 MG TAB	3	
BAL-CARE DHA -27-1 & 430 MG MISC	3	
C-NATE DHA -28-1-200 MG AP	3	
CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC	3	UB
CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC	3	UB
CITRANATAL B-CALM -20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	UB
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	
CITRANATAL RX 27-1 MG TAB	3	
CO-NATAL FA - TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
FOLET DHA 38-1 & 350 MG THER PACK	3	UB
INATAL GT TAB	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30- 1 MG TAB	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
M-NATAL PLUS -27-1 G TAB	3	
MARNATAL-F -60-1 MG CAP	3	
MULTI-MAC -15-0.75-1 MG TAB	3	
MYNATAL 90-1 MG TAB, CAP	3	
MYNATAL ADVANCE TAB	3	
MYNATAL PLUS TAB	3	
MYNATAL-Z - TAB	3	
MYNATE 90 PLUS TAB ER	3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	2	
NATACHEW NATA28-1 MG TAB	3	
NATALVIT TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	3	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	
NEXA PLUS 29-1.25-350 MG CAP	3	
O-CAL PRENATAL - TAB	3	
OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP	3	
OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP	3	
OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP	3	
OBSTETRIX DHA 29-1 & 387 MG MISC	3	
OBSTETRIX EC 29-1 MG TAB	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PNV OB+DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	UB
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 27-1 & 312 MG MISC	3	
PNV TABS 20-1 S --MG	3	
PNV TABS 29-1 S --MG	3	
PNV-DHA+DOCUSATE -27-1.25-300 MG CAP	3	
PNV-SELECT -27-0.6-0.4 MG TAB	3	
PR NATAL 400 29-1-200 & MG MISC	3	
PR NATAL 400 EC 29-1-200 & MG (DR) MISC	3	UB
PR NATAL 430 29-1-200 & MG MISC	3	UB
PR NATAL 430 EC 29-1-200 & MG (DR) MISC	3	UB
PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP	3	
PREGENNA 20-1 MG TAB	3	
PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC	3	
PRENA1 1.4 MG CHEW TAB	3	UB
PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	UB
PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP	3	
PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP	3	
PRENATAL 19 19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS IRON 29-1 MG TAB	3	

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 27-1 MG TAB	3	
PRENATE DHA 18-0.6-0.4-300 MG CAP	3	
PRENATE ELITE 20-0.6-0.4 MG TAB	3	
PRENATE ENHANCE 28-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATE MINI 18-0.6-0.4-350 MG CAP	3	
PRENATE PIXIE 10-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
PRENATE RESTORE 27-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATRIX 27-1 MG TAB	3	
PRENATRYL 27-1 MG TAB	3	
PREPLUS 27-1 MG TAB	3	
PRETAB PRE29-1 MG	3	
PRIMACARE 30-1-470 MG CAP	3	
PROVIDA DHA 16-16-1.25-110 MG CAP	3	
PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP	3	
R-NATAL OB -20-1-320 MG CAP	3	
SE-NATAL 19 -19 29-1 MG CHEW TAB, -19 29-1 MG TAB	3	
SELECT-OB -29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, -29-1 MG CHEW TAB	3	
SELECT-OB+DHA -29-1 & 250 MG MISC	3	UB

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SODIUM FLUORIDE SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB	2	
TARON-BC -20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
THRIVITE RX 29-1 MG TAB	3	
TL FOLATE 27-0.5-0.5 MG TAB	3	
TL-CARE DHA -27-1-500 MG CAP	3	
TL-SELECT -29-1.25-325 MG CAP	3	
TRI-TABS DHA -32-1 MG MISC	3	
TRICARE TAB	3	
TRINATAL RX 1 60-MG TAB	3	
TRINATE TAB	3	
TRINAZ 12-1 MG TAB	3	
TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
TRIVEEN-DUO DHA -29-1-200 & 300 MG MISC	3	UB
VENA-BAL DHA -27-1 & 430 MG MISC	3	
VINATE II 29-1 MG TAB	3	
VINATE ONE 60-1 MG TAB	3	
VIRT-NATE DHA -28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP, 90-1-200 & 50 MG CAP THPK	3	
VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB	3	
VITAFOL ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP	3	

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

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

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

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

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

AP – Autorización Previa LC – Límites de Cantidad TE – Terapia en Etapas
AL – Acceso Limitado NM – No-mantenimiento IH – Infusión en El Hogar
BvsD – Este medicamento puede estar cubierto bajo la Parte B o Parte D
Puede encontrar información sobre lo que los símbolos y abreviaturas en esta tabla significa
por al ver la
página viii.

Índice de medicamentos

A			
abacavir sulfate	11	alfuzosin hcl er	33
abacavir sulfate-lamivudine	11	aliskiren fumarate	44
ABILIFY ASIMTUFII	61	allopurinol	102
ABILIFY MANTENA	61	ALOGLIPTIN BENZOATE	87
abiraterone acetate	17	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL	87
ABRYVO	28	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	87
acamprosate calcium	102	ALOMIDE	79
acarbose	87	alose tron hcl	80
accutane	113	ALPHAGAN P	79
acebutolol hcl	40	alprazolam	59
acetaminophen-codeine	47	alprazolam er	59
acetazolamide	103	ALPRAZOLAM INTENSOL	59
acetazolamide er	103	alprazolam xr	59
acetic acid	80	ALTOPREV	38
acetylcysteine	102	ALTRENO	114
acitretin	113	ALUNBRIG	17
ACTHIB	28	amantadine hcl	11
ACTIMMUNE	104	ambrisentan	109
acyclovir	11,110	amethia	92
acyclovir sodium	11	amikacin sulfate	1
ADACEL	27	amiloride hcl	72
adapalene	113	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	72
adapalene-benzoyl peroxide	113	amiodarone hcl	43
ADBRY	113	amitriptyline hcl	61
adefovir dipivoxil	11	AMJEVITA	103
ADEMPAS	109	amlodipine besy-benazepril hcl	41
agoneaze	115	amlodipine besylate	41
AJOVY	56	amlodipine besylate-valsartan	41
ak-poly-bac	76	amlodipine-atorvastatin	38
AKEEGA	17	amlodipine-olmesartan	41
ala-cort	111	ammonium lactate	113
albendazole	1	amnesteem	114
albuterol sulfate	33	amoxapine	61
albuterol sulfate hfa	33	AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ	1
ALBUTEROL SULFATE HFA	33	amoxicillin	1
alclometasone dipropionate	111	amoxicillin-pot clavulanate	1
ALECENSA	17	amphetamine-dextroamphetamine	50
alendronate sodium	103	amphetamine-amphetamine	50
		AMPHOTERICIN B	8
		amphotericin b liposome	8
		ampicillin	1
		AMPICILLIN SODIUM	1
		ampicillin-sulbactam sodium	1
		anagrelide hcl	35
		anastrozole	96
		ANORO ELLIPTA	30
		ANZEMET	81
		APLENZIN	61
		apomorphine hcl	57
		APRACLONIDINE HCL	80
		aprepitant	81
		apri	92
		APTIOM	51
		APTIVUS	11
		AQ INSULIN SYRINGE	117
		AQINJECT PEN NEEDLE	117
		aranelle	92
		ARANESP (ALBUMIN FREE)	36
		ARCALYST	106
		AREXVY	28
		arformoterol tartrate	33
		ARIKAYCE	1
		aripiprazole	61,62
		ARISTADA	62
		ARISTADA INITIO	62
		armodafinil	50
		ARNUITY ELLIPTA	77
		ascomp-codeine	47
		asenapine maleate	62
		ASMANEX (120 METERED DOSES)	85
		ASMANEX (30 METERED DOSES)	85
		ASMANEX (60 METERED DOSES)	85
		ASMANEX HFA	85

aspirin-dipyridamole er	46	baclofen	32	BIKTARVY	11
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	117	BAL-CARE DHA	119	bimatoprost	79
ASTAGRAF XL	105	balsalazide disodium	81	bis subcit-metronid-tetracycl	82
ATABEX EC	119	BALVERSA	17	bismuth/metronidaz/tetracyclin	82
atazanavir sulfate	11	balziva	92	bisoprolol fumarate	40
atenolol	40	BAQSIMI ONE PACK	92	bisoprolol-hydrochlorothiazide	40
atenolol-chlorthalidone	40	BAQSIMI TWO PACK	92	BIVIGAM	26
atomoxetine hcl	60	BARACLUDE	11	blisovi fe 1.5/30	92
atorvastatin calcium	38	BAXDELA	2	BOOSTRIX	27
atovaquone	10	BCG VACCINE	28	bosentan	110
atovaquone-proguanil hcl	10	BD PEN NEEDLE NANO U/F	117	BOSULIF	17,18
ATROVENT HFA	30	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	117	BRAFTOVI	18
AUGTYRO	17	BELMORA	59	BREO ELLIPTA	33
AUSTEDO	70	benazepril hcl	44	breyana	33
AUSTEDO XR	70	benazepril-hydrochlorothiazide	44	BREZTRI AEROSPHERE	30
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	70	BENLYSTA	105	briellyn	93
AUVELITY	62	benzoyl peroxide-erythromycin	110	BRILINTA	35
AUVI-Q	33	bepotastine besilate	79	brimonidine tartrate	79
aviane	92	BESIVANCE	76	brinzolamide	79
AYVAKIT	17	BESREMI	104	BRIVIACT	51
AZASITE	76	betaine	107	bromfenac sodium (once-daily)	77
azathioprine	105	betamethasone dipropionate	112	bromocriptine mesylate	57
azelaic acid	114	betamethasone dipropionate aug	112	BRONCHITOL	109
azelastine hcl	79	betamethasone valerate	112	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	109
azelastine-fluticasone	109	betaxolol hcl	40	BRUKINSA	18
AZELEX	114	BETAXOLOL HCL	79	budesonide	85
AZESCHEW PRENATAL/POSTNATAL	119	bethanechol chloride	31	budesonide er	81
AZESCO	119	BETOPTIC-S	79	budesonide-formoterol fumarate	33
azithromycin	2	BEVESPI AEROSPHERE	30	bumetanide	72
aztreonam	2	bexarotene	17,114	buprenorphine	47
azurette	92	BEXSERO	28	buprenorphine hcl	47
B		bicalutamide	17	buprenorphine hcl-naloxone hcl	47
bac	47	BICILLIN C-R	2	bupropion hcl	62
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	76	BICILLIN C-R 900/300	2	bupropion hcl er (smoking det)	62
BACITRACIN	76	BICILLIN L-A	2	bupropion hcl er (sr)	62
bacitracin-polymyxin b	76			bupropion hcl er (xl)	62
				buspirone hcl	59
				butalbital-apap-caff-cod	47

butalbital-apap-caffeine	47	cefdinir	3	CITRANATAL DHA	119
butalbital-asa-caff-codeine	47	cefepime hcl	3	CITRANATAL HARMONY	119
butalbital-aspirin-caffeine	47	cefixime	3	CITRANATAL RX	119
C		cefoxitin sodium	3	claravis	114
C-NATE DHA	119	cefpodoxime proxetil	3	clarithromycin	3
cabergoline	57	cefprozil	3	clarithromycin er	3
CABLIVI	35	ceftazidime	3	CLENPIQ	82
CABOMETYX	18	ceftriaxone sodium	3	CLEOCIN	110
calcipotriene	114	cefuroxime axetil	3	clindamycin hcl	4
calcipotriene-betameth		cefuroxime sodium	3	clindamycin palmitate hcl	4
diprop	112	celecoxib	48	clindamycin phos-benzoyl	
calcitonin (salmon)	99	cephalexin	3	perox	110
CALCITRIOL	114	cetirizine hcl	17	clindamycin phosphate	4,110
calcitriol	118	cevimeline hcl	31	clindamycin phosphate in d5w	4
CALQUENCE	18	CHEMET	84	CLINIMIX E/DEXTROSE	
camila	93	CHENODAL	83	(2.75/5)	71
candesartan cilexetil	44	chlorhexidine gluconate	76	CLINIMIX E/DEXTROSE	
candesartan cilexetil-hctz	44	chloroquine phosphate	10	(4.25/10)	71
CAPLYTA	62	chlorpromazine hcl	62	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPRELSA	18	chlorthalidone	72	(4.25/5)	71
captopril	44	CHOLBAM	84	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine	51	cholestyramine	38	(5/15)	71
carbamazepine er	51,52	cholestyramine light	38	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa	57	CIBINQO	114	(5/20)	71
CARBIDOPA-LEVODOPA	57	ciclopirox	110	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa er	57	ciclopirox olamine	110	(8/10)	71
carbidopa-levodopa-		cilostazol	35	CLINIMIX E/DEXTROSE	
entacapone	58	CILOXAN	76	(8/14)	71
carglumic acid	70	CIMDUO	11	CLINIMIX/DEXTROSE	
carisoprodol	32	cimetidine	82	(4.25/10)	71
CARTEOLOL HCL	40	cinacalcet hcl	99	CLINIMIX/DEXTROSE	
cartia xt	41	CIPRO HC	76	(4.25/25)	71
carvedilol	40	ciprofloxacin hcl	3,76	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	71
carvedilol phosphate er	40	ciprofloxacin in d5w	3	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	71
casprofungin acetate	8	ciprofloxacin-dexamethasone	76	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	71
CAYSTON	2	citalopram hydrobromide	62	CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	71
CEFACLOR	2	CITALOPRAM		CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	71
CEFACLOR ER	2	HYDROBROMIDE	63	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	71
cefadroxil	2	CITRANATAL 90 DHA	119	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	71
cefazolin sodium	2	CITRANATAL ASSURE	119	clinisol sf	71
		CITRANATAL B-CALM	119	clobazam	52

clobetasol prop emollient base.....	112	CROMOLYN SODIUM.....	108	DESVENLAFAXINE ER.....	63
clobetasol propionate.....	112	cryselle-28.....	93	desvenlafaxine succinate er...	63
clobetasol propionate e.....	112	cyclobenzaprine hcl.....	32	dexamethasone.....	85
clomipramine hcl.....	63	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	18	DEXAMETHASONE.....	85
clonazepam.....	52	cyclosporine.....	77,105	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	77
clonidine.....	44	cyclosporine modified.....	105	dexmethylphenidate hcl er....	50
clonidine hcl.....	44	cyproheptadine hcl.....	16	dextroamphetamine sulfate....	50
clonidine hcl er.....	44	CYSTADROPS.....	80	dextroamphetamine sulfate er.	50
clopidogrel bisulfate.....	35	CYSTAGON.....	107	dextrose.....	72
clorazepate dipotassium.....	59	CYSTARAN.....	80	dextrose-nacl.....	73
clotrimazole.....	110	D		dextrose-sodium chloride.....	74
clotrimazole- betamethasone.....	110	dabigatran etexilate mesylate.	35	DIACOMIT.....	52
clozapine.....	63	dalfampridine er.....	107	diazepam.....	59
CO-NATAL FA.....	119	DALVANCE.....	4	diazepam intensol.....	59
COARTEM.....	10	danazol.....	86	diazoxide.....	92
colchicine.....	102	dantrolene sodium.....	32	diclofenac potassium.....	48
colchicine-probenecid.....	75	dapsone.....	9,114	diclofenac potassium(migraine)	48
colesevelam hcl.....	39	DAPTACEL.....	27	diclofenac sodium.....	48,77,112
colestipol hcl.....	39	daptomycin.....	4	diclofenac sodium er.....	48
colistimethate sodium (cba)...	4	darifenacin hydrobromide er.	116	dicloxacillin sodium.....	4
COMBIGAN.....	79	darunavir.....	11	dicyclomine hcl.....	30
COMBIVENT RESPIMAT.....	30	DAURISMO.....	18	DIFICID.....	4
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	18	deferasirox.....	84,85	diflunisal.....	48
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	18	deferasirox granules.....	85	difluprednate.....	77
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	18	deferiprone.....	85	digoxin.....	43
COMPLERA.....	11	DELSTRIGO.....	11	dihydroergotamine mesylate...	33
COMPLETE NATAL DHA.....	119	DEPO-ESTRADIOL.....	97	DILANTIN.....	52
COMPLETENATE.....	119	DEPO-SUBQ PROVERA.....	104,99	DILANTIN INFATABS.....	52
compro.....	63	depo-testosterone.....	86,87	dilt-xr.....	41
constulose.....	70	dermacinrx empricaine.....	115	diltiazem hcl.....	41
COPIKTRA.....	18	DERMACINRX PRETRATE.....	119	diltiazem hcl er.....	42
CORLANOR.....	43	dermacinrx prizopak.....	115	diltiazem hcl er beads.....	41
COTELLIC.....	18	DESCOVY.....	11	diltiazem hcl er coated beads..	42
CREON.....	83	desipramine hcl.....	63	dimethyl fumarate.....	104
CRINONE.....	99	desloratadine.....	17	dimethyl fumarate starter pack.....	104
cromolyn sodium.....	108,109	desmopressin ace spray refig	99	DIPENTUM.....	81
		desmopressin acetate.....	99	diphenoxylate-atropine.....	30
		desogestrel-ethinyl estradiol.	93	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	30
		desonide.....	112		
		desoximetasone.....	112		

DIPHThERIA-TETANUS		ERGOLOID MESYLATES	33
TOXOIDS DT	27	ERIVEDGE	18
disulfiram	102	ERLEADA	18
DIURIL	72	erlotinib hcl	18
divalproex sodium	52	errin	93
divalproex sodium er	52	ertapenem sodium	4
dofetilide	43	ERY	110
dolishale	93	erythrocin lactobionate	5
donepezil hcl	31	erythromycin	5,76,110
DOPTELET	36	erythromycin base	5
dorzolamide hcl	79	erythromycin ethylsuccinate	5
dorzolamide hcl-timolol mal	79	escitalopram oxalate	63
dorzolamide hcl-timolol mal		esomeprazole magnesium	82
pf	79	ESSENTRA WIPES 9X9"	117
dotti	97	estarylla	93
DOVATO	11	estradiol	97
doxazosin mesylate	38	estradiol-norethindrone acet	93
doxepin hcl	63	eszopiclone	59
doxercalciferol	118	ethacrynic acid	72
doxy 100	4	ethambutol hcl	9
doxycycline hyclate	4	ethosuximide	52
doxycycline monohydrate	4	ethynodiol diac-eth estradiol	93
DRIZALMA SPRINKLE	63	etodolac	48
dronabinol	81	etodolac er	48
DROPSAFE SAFETY		etonogestrel-ethinyl estradiol	93
SYRINGE/NEEDLE	117	etravirine	12
drospiren-eth estrad-		EUCRISA	112
levomefol	93	euthyrox	101
drospirenone-ethinyl		EVENITY	102
estradiol	93	everolimus	19
DROXIA	18	EVOTAZ	12
droxidopa	33	exemestane	97
DUAVEE	97	ezetimibe	39
DUET DHA 400	119	ezetimibe-simvastatin	39
DUET DHA BALANCED	119		
duloxetine hcl	63	F	
DUPIXENT	114	famciclovir	12
dutasteride	102	famotidine	82
dutasteride-tamsulosin hcl	33	FANAPT	64
		FANAPT TITRATION PACK	64
		FARXIGA	87
E			
econazole nitrate	110		
EDARBYCLOR	44		
EDURANT	11		
efavirenz	12		
efavirenz-emtricitab-tenofo df	12		
efavirenz-lamivudine-tenofovir	12		
eletriptan hydrobromide	56		
ELIGARD	98		
ELIQUIS	35		
ELIQUIS DVT/PE STARTER			
PACK	35		
ELMIRON	107		
eluryng	93		
EMGALITY	56		
EMGALITY (300 MG DOSE)	56		
EMSAM	63		
emtricitabine	12		
emtricitabine-tenofovir df	12		
EMTRIVA	12		
enalapril maleate	44		
enalapril-hydrochlorothiazide	45		
ENGERIX-B	28		
enilloring	93		
enoxaparin sodium	35		
ENSPRYNG	105		
ENSTILAR	112		
entacapone	58		
entecavir	12		
ENTRESTO	45		
enulose	70		
ENVAR SUS XR	105		
EPIDIOLEX	52		
EPINEPHRINE	34		
epinephrine	34		
epitol	52		
eplerenone	45		
EPOGEN	36		
EPRONTIA	52		
EQUETRO	52		

FASENRA.....	108	fluorouracil.....	114	galantamine hydrobromide.....	31
FASENRA PEN.....	108	fluoxetine hcl.....	64	GALANTAMINE	
febuxostat.....	102	FLUOXETINE HCL.....	64	HYDROBROMIDE.....	31
felbamate.....	52,53	FLUOXETINE HCL (PMDD).....	64	galantamine hydrobromide er.....	32
felodipine er.....	42	fluphenazine decanoate.....	64	GAMMAGARD.....	26
FEMRING.....	97	FLUPHENAZINE HCL.....	64	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	27
fenofibrate.....	39	fluphenazine hcl.....	64	GAMMAKED.....	27
fenofibrate micronized.....	39	flurbiprofen.....	48	GAMMAPLEX.....	27
fenofibric acid.....	39	FLURBIPROFEN SODIUM.....	78	GAMUNEX-C.....	27
fenoprofen calcium.....	48	fluticasone propionate.....	78,113	GARDASIL 9.....	28
fenentanyl.....	48	FLUTICASONE PROPIONATE		gatifloxacin.....	76
fenentanyl citrate.....	48	DISKUS.....	78	GAVILYTE-C.....	82
FERRIPROX.....	85	FLUTICASONE PROPIONATE		gavilyte-g.....	82
fesoterodine fumarate er.....	116	HFA.....	78	gavilyte-n with flavor pack.....	83
FETZIMA.....	64	fluticasone-salmeterol.....	34	GAVRETO.....	19
FETZIMA TITRATION.....	64	FLUTICASONE-		gefitinib.....	19
FILSPARI.....	107	SALMETEROL.....	34	gemfibrozil.....	39
FILSUVEZ.....	114	fluvastatin sodium.....	39	GEMTESA.....	116
FINACEA.....	114	fluvoxamine maleate.....	64	generlac.....	70
finasteride.....	102	fluvoxamine maleate er.....	64	gengraf.....	105
fingolimod hcl.....	104	FML FORTE.....	78	GENOTROPIN.....	100
FINTEPLA.....	53	FOLET DHA.....	119	GENOTROPIN MINIQUICK.....	99
FIRDAPSE.....	107	fondaparinux sodium.....	35	GENTAMICIN IN SALINE.....	5
FIRMAGON.....	98	formoterol fumarate.....	34	gentamicin sulfate.....	5,76,110
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	98	fosamprenavir calcium.....	12	GENVOYA.....	12
FIRVANQ.....	5	fosfomycin tromethamine.....	16	GILOTRIF.....	19
FLAREX.....	77	fosinopril sodium.....	45	glatiramer acetate.....	105
flavoxate hcl.....	116	fosinopril sodium-hctz.....	45	glatopa.....	105
flecainide acetate.....	43	FOTIVDA.....	19	GLEOSTINE.....	19
fluconazole.....	8	frovatriptan succinate.....	56	glimepiride.....	87
fluconazole in sodium chloride.....	8	FRUZAQLA.....	19	glipizide.....	87
flucytosine.....	8	FULPHILA.....	37	glipizide er.....	87
fludrocortisone acetate.....	86	furosemide.....	44,72	glipizide xl.....	88
flunisolide.....	78	FUROSEMIDE.....	72	glipizide-metformin hcl.....	88
fluocinolone acetonide.....	78,112	FUZEON.....	12	GLUCAGON EMERGENCY.....	92
fluocinolone acetonide		fyavolv.....	93	glucose.....	72
scalp.....	112	FYCOMPA.....	53	glyburide-metformin.....	88
fluocinonide.....	113	FYLNETRA.....	37	glycopyrrolate.....	30
fluocinonide emulsified		G		GLYXAMBI.....	88
base.....	112	gabapentin.....	53	granisetron hcl.....	81
fluorometholone.....	78			GRANIX.....	37

griseofulvin microsize	8	HYDROCORTISONE ACE-	INSULIN ASP PROT & ASP
griseofulvin ultramicrosize	8	PRAMOXINE	FLEXPEN
guanfacine hcl er	60	hydrocortisone-acetic acid	INSULIN ASPART
H		hydromorphone hcl	INSULIN ASPART FLEXPEN
HADLIMA	104	hydroxychloroquine sulfate	INSULIN ASPART PENFILL
HADLIMA PUSH TOUCH	104	hydroxyurea	INSULIN ASPART PROT &
HAEGARDA	103	hydroxyzine hcl	ASPART
hailey 24 fe	93	hydroxyzine pamoate	INSULIN DEGLUDEC
halobetasol propionate	113	HYFTOR	INSULIN DEGLUDEC
haloette	93		FLEXTOUCH
haloperidol	64	I	INSULIN LISPRO
haloperidol decanoate	65	ibandronate sodium	INSULIN LISPRO (1 UNIT
haloperidol lactate	65	IBRANCE	DIAL)
HAVRIX	28	ibu	INSULIN LISPRO JUNIOR
heather	93	ibuprofen	KWIKPEN
HEMADY	86	icatibant acetate	INSULIN LISPRO PROT &
heparin sodium (porcine)	35	iclevia	LISPRO
heparin sodium (porcine) pf	35	ICLUSIG	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-
HEPLISAV-B	28	icosapent ethyl	100
HETLIOZ LQ	59	IDHIFA	INTELENCE
HIBERIX	28	ILEVRO	INTRAROSA
HUMALOG	88	imatinib mesylate	introvale
HUMALOG JUNIOR		IMBRUVICA	INVEGA HAFYERA
KWIKPEN	88	imipenem-cilastatin	INVEGA SUSTENNA
HUMALOG KWIKPEN	88	imipramine hcl	INVEGA TRINZA
HUMALOG MIX 50/50		imipramine pamoate	IOPIDINE
KWIKPEN	88	imiquimod	IPOL
HUMALOG MIX 75/25	88	IMOVAX RABIES	ipratropium bromide
HUMALOG MIX 75/25		IMPAVIDO	ipratropium-albuterol
KWIKPEN	88	IMVEXXY MAINTENANCE	irbesartan
HUMULIN R U-500		PACK	irbesartan-hydrochlorothiazide
(CONCENTRATED)	88	IMVEXXY STARTER PACK	ISENTRESS
HUMULIN R U-500		INATAL GT	ISENTRESS HD
KWIKPEN	88	INCRELEX	ISOLYTE-P IN D5W
hydralazine hcl	44	INCRUSE ELLIPTA	ISOLYTE-S PH 7.4
hydrochlorothiazide	72	indapamide	isoniazid
hydrocodone-acetaminophen	48	indomethacin	isosorbide dinitrate
hydrocortisone	86,113	INFANRIX	isosorbide mononitrate
hydrocortisone (perianal)	113	INLYTA	isosorbide mononitrate er
		INQOVI	isotretinoin
		INREBIC	isradipine

ISTURISA.....	107	KEVEYIS.....	103	LANTUS.....	89
itraconazole.....	8	KINRIX.....	27	LANTUS SOLOSTAR.....	89
ivabradine hcl.....	43	kionex.....	73	lapatinib ditosylate.....	20
ivermectin.....	1,110	KISQALI (200 MG DOSE).....	20	latanoprost.....	80
IWILFIN.....	20	KISQALI (400 MG DOSE).....	20	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	13
IXCHIQ.....	28	KISQALI (600 MG DOSE).....	20	leflunomide.....	104
IXIARO.....	28	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	20	lenalidomide.....	20
J		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	20	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	20
JAKAFI.....	20	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	20
jantoven.....	35	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	20
JANUMET.....	89	klayesta.....	111	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	21
JANUMET XR.....	89	klor-con.....	74	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	21
JANUVIA.....	89	klor-con 10.....	74	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	21
JARDIANCE.....	89	klor-con m10.....	74	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	21
jasmiel.....	93	klor-con m15.....	74	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	21
JAYPIRCA.....	20	klor-con m20.....	74	lessina.....	94
JENTADUETO.....	89	KOSELUGO.....	20	letrozole.....	97
JENTADUETO XR.....	89	KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....	119	leucovorin calcium.....	102
jinteli.....	93	kourzeq.....	78	LEUKINE.....	37
JULUCA.....	13	KRAZATI.....	20	leuprolide acetate.....	98
junel 1.5/30.....	93	KRINTAFEL.....	10	LEUPROLIDE ACETATE.....	98
junel 1/20.....	94	L		levalbuterol hcl.....	34
junel fe 1.5/30.....	94	l-glutamine.....	107	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	34
junel fe 1/20.....	94	labetalol hcl.....	40	levetiracetam.....	54
junel fe 24.....	94	lacosamide.....	53	levetiracetam er.....	54
JUXTAPID.....	39	lactulose.....	70	LEVOBUNOLOL HCL.....	80
JYNARQUE.....	72	lactulose encephalopathy.....	70	levocetirizine dihydrochloride.....	17
JYNNEOS.....	28	LAMICTAL ODT.....	53	levofloxacin.....	5
K		lamivudine.....	13	LEVOFLOXACIN.....	76
KALYDECO.....	109	lamivudine-zidovudine.....	13	levofloxacin in d5w.....	5
kariva.....	94	lamotrigine.....	53	levonest.....	94
kcl in dextrose-nacl.....	74	lamotrigine er.....	53,54	levonorg-eth estrad triphasic.....	94
KCL-LACTATED RINGERS-D5W.....	74	lamotrigine starter kit-blue.....	54	levonorgest-eth estrad 91-day.....	94
kelnor 1/35.....	94	lamotrigine starter kit-green.....	54		
kelnor 1/50.....	94	lamotrigine starter kit-orange.....	54		
KERENDIA.....	45	LAMPIT.....	10		
ketoconazole.....	8,111	lansoprazole.....	82		
ketorolac tromethamine.....	78				

levonorgestrel-ethinyl estrad.	94	LUCEMYRA	34	MAXIDEX	78
levora 0.15/30 (28)	94	LUMAKRAS	21	MECLOFENAMATE SODIUM	49
levothyroxine sodium	101	LUMIGAN	80	medroxyprogesterone	
levoxyl	101	LUPKYNIS	106	acetate	99,100
LIBERVANT	54	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	98	mefloquine hcl	10
lidocaine viscous hcl	115	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	98	megestrol acetate	100
lidocaine-prilocaine	115	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	98	MEKINIST	21
lidocan	116	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	98	MEKTOVI	21
LILETTA (52 MG)	94	LUPRON DEPOT-PED (1-		meloxicam	49
linezolid	5,6	MONTH)	99	memantine hcl	60
LINZESS	84	LUPRON DEPOT-PED (3-		memantine hcl er	60
liothyronine sodium	101	MONTH)	99	MENACTRA	29
lisdexamfetamine dimesylate	50	lurasidone hcl	66	MENQUADFI	29
lisinopril	45	lutera	94	MENVEO	29
lisinopril-hydrochlorothiazide	45	LYBALVI	66	mercaptopurine	21
lithium	66	lyleq	94	meropenem	6
lithium carbonate	66	lyllana	97	merzee	94
lithium carbonate er	66	LYNPARZA	21	mesalamine	81
livixil pak	116	LYSODREN	21	mesalamine er	81
LIVTENCITY	13	LYTGOBI (12 MG DAILY		MESNEX	107
LO LOESTRIN FE	94	DOSE)	21	metaxalone	32
loestrin 1.5/30 (21)	94	LYTGOBI (16 MG DAILY		metformin hcl	90
loestrin 1/20 (21)	94	DOSE)	21	metformin hcl er	90
loestrin fe 1.5/30	94	LYTGOBI (20 MG DAILY		methadone hcl	49
loestrin fe 1/20	94	DOSE)	21	methazolamide	80
LOKELMA	73	M		methenamine hippurate	16
LONSURF	21	M-M-R II	28	methimazole	101
loperamide hcl	81	M-NATAL PLUS	120	methocarbamol	32
lopinavir-ritonavir	13	MAGELLAN INSULIN SAFETY		methotrexate sodium	22
lorazepam	59	SYR	117	METHOTREXATE SODIUM	22
lorazepam intensol	59	magnesium sulfate	54	methotrexate sodium (pf)	22
LORBRENA	21	MARATHON MEDICAL		METHOXSALLEN RAPID	114
loryna	94	PENTIPS	118	methscopolamine bromide	30
losartan potassium	45	maraviroc	13	methsuximide	54
losartan potassium-hctz	45	marlissa	94	methylphenidate	50
LOTEMAX	78	MARNATAL-F	120	methylphenidate hcl	50
LOTEMAX SM	78	MARPLAN	66	methylphenidate hcl er	51
loteprednol etabonate	78	MATULANE	21	methylphenidate hcl er (cd)	50,51
lovastatin	39	matzim la	42	methylphenidate hcl er (la)	51
loxapine succinate	66	MAVYRET	13	methylphenidate hcl er (osm)	51
lubiprostone	84			methylprednisolone	86

metoclopramide hcl.....	84	MOXIFLOXACIN HCL IN	NEFAZODONE HCL.....	66
METOCLOPRAMIDE HCL...	84	NAACL.....	neomycin sulfate.....	6
metolazone.....	73	MRESVIA.....	neomycin-bacitracin zn-	
metoprolol succinate er.....	40	MULPLETA.....	polymyx.....	76
metoprolol tartrate.....	40	MULTAQ.....	neomycin-polymyxin-dexameth	76
metoprolol-		MULTI-MAC.....	NEOMYCIN-POLYMYXIN-	
hydrochlorothiazide.....	40	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1	GRAMICIDIN.....	76
metronidazole.....	10,111	PH 5.5.....	neomycin-polymyxin-hc.....	77
metyrosine.....	107	mupirocin.....	NEONATAL + DHA.....	120
mexiletine hcl.....	43	mupirocin calcium.....	NEONATAL COMPLETE.....	120
micafungin sodium.....	8	MYALEPT.....	NEONATAL PLUS.....	120
MICONAZOLE 3.....	111	mycophenolate mofetil.....	NERLYNX.....	22
microgestin 1.5/30.....	95	mycophenolate sodium.....	NESTABS.....	120
microgestin 1/20.....	95	mycophenolic acid.....	NESTABS DHA.....	120
microgestin 24 fe.....	95	MYFEMBREE.....	NEULASTA.....	37
microgestin fe 1.5/30.....	95	MYNATAL.....	NEUPOGEN.....	37
microgestin fe 1/20.....	95	MYNATAL ADVANCE.....	NEVANAC.....	78
midodrine hcl.....	34	MYNATAL PLUS.....	nevirapine.....	13
mifepristone.....	90	MYNATAL-Z.....	NEVIRAPINE.....	13
MIGLITOL.....	90	MYNATE 90 PLUS.....	nevirapine er.....	13
mili.....	95	MYRBETRIQ.....	NEXA PLUS.....	120
mimvey.....	95		NEXLETOL.....	39
minocycline hcl.....	6	N	NEXLIZET.....	39
minoxidil.....	44	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	NEXPLANON.....	95
mirtazapine.....	66	nabumetone.....	niacin er (antihyperlipidemic)...	39
misoprostol.....	82	nadolol.....	nicardipine hcl.....	42
modafinil.....	51	nafcillin sodium.....	NICOTROL.....	31
moexipril hcl.....	45	nafrinse.....	NICOTROL NS.....	31
MOLINDONE HCL.....	66	naftifine hcl.....	nifedipine.....	42
mometasone furoate.....	78,113	NALOXONE HCL.....	nifedipine er.....	42
MONOJECT INSULIN		naloxone hcl.....	nifedipine er osmotic release...	42
SYRINGE.....	118	naltrexone hcl.....	nilutamide.....	22
MONOJECT ULTRA		naproxen.....	nimodipine.....	42
COMFORT SYRINGE.....	118	naproxen sodium.....	NINLARO.....	22
montelukast sodium.....	108	naratriptan hcl.....	nisoldipine er.....	42
morphine sulfate.....	49	NATACHEW.....	nitazoxanide.....	10
morphine sulfate er.....	49	NATALVIT.....	nitisinone.....	107
MOTEGRITY.....	84	nateglinide.....	NITRO-BID.....	46
MOUNJARO.....	90	NAYZILAM.....	nitrofurantoin.....	16
MOVANTIK.....	84	neбиволол hcl.....	nitrofurantoin macrocrystal.....	16
moxifloxacin hcl.....	6,76	necon 0.5/35 (28).....	nitrofurantoin monohyd macro...	16

nitroglycerin	46	NUTRILIPID	72	ONUREG	22
NITROLINGUAL	46	NUZYRA	6	OPSUMIT	110
NITYR	107	nyamyc	111	ORFADIN	107
NIVESTYM	37	nylia 1/35	95	ORGOVYX	99
NIZATIDINE	82	nylia 7/7/7	96	ORIAHNN	97
norelgestromin-eth estradiol	95	NYMALIZE	44	ORLISSA	99
norethin ace-eth estrad-fe	95	nymyo	96	ORKAMBI	109
norethindron-ethinyl estrad- fe	95	nystatin	8,111	ORLADEYO	103
norethindrone	95	nystatin-triamcinolone	111	ORSERDU	22
norethindrone acet-ethinyl est	95	nystop	111	oseltamivir phosphate	13,14
norethindrone acetate	95	NYVEPRIA	37	OSPHERA	97
norethindrone-eth estradiol	95	O		oxcarbazepine	54
norgestim-eth estrad		O-CAL PRENATAL	120	oxiconazole nitrate	111
triphasic	95	OB COMPLETE ONE	120	oxybutynin chloride	116
norgestimate-eth estradiol	95	OB COMPLETE PETITE	120	oxybutynin chloride er	116
NORPACE CR	43	OB COMPLETE PREMIER	120	oxycodone hcl	49
nortrel 0.5/35 (28)	95	OB COMPLETE/DHA	120	oxycodone-acetaminophen	49
nortrel 1/35 (21)	95	OBSTETRIX DHA	120	P	
nortrel 1/35 (28)	95	OBSTETRIX EC	120	pacerone	43
nortrel 7/7/7	95	OCTAGAM	27	paliperidone er	67
nortriptyline hcl	66	octreotide acetate	100	PALYNZIQ	75
NORVIR	13	ODEFSEY	13	PANCREAZE	83
NOVOLOG	90	ODOMZO	22	PANRETIN	114
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OFEV	109	pantoprazole sodium	82
RELION	90	ofloxacin	6,77	paricalcitol	119
NOVOLOG FLEXPEN	90	OGSIVEO	22	paroxetine hcl	67
NOVOLOG FLEXPEN		OJEMDA	22	paroxetine hcl er	67
RELION	90	OJJAARA	22	PAXIL	67
NOVOLOG MIX 70/30	90	olanzapine	66	PAXLOVID (150/100)	14
NOVOLOG MIX 70/30		olanzapine-fluoxetine hcl	66	PAXLOVID (300/100)	14
FLEXPEN	90	olmesartan medoxomil	45	pazopanib hcl	22
NOVOLOG MIX 70/30		olmesartan medoxomil-hctz	45	PEDIARIX	27
RELION	90	olmesartan-amlodipine-hctz	42	PEDVAX HIB	29
NOVOLOG PENFILL	90	olopatadine hcl	79	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	83
NOVOLOG RELION	90	omega-3-acid ethyl esters	39	peg-3350/electrolytes	83
NOXAFIL	8	omeprazole	82	peg-3350/electrolytes/ascorbat	83
NUBEQA	22	OMNARIS	78	peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c	83
NUPLAZID	66	OMNITROPE	99,100	PEGASYS	14
NURTEC	56	ondansetron	81	PEMAZYRE	22
		ondansetron hcl	81	PEN NEEDLES	118

PENBRAYA.....	29	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	22	prednisolone acetate.....	78
penciclovir.....	111	DOSE).....	22	PREDNISOLONE SODIUM	
penicillamine.....	85	pirfenidone.....	109	PHOSPHATE.....	79
PENICILLIN G POT IN		PIRFENIDONE.....	109	prednisolone sodium	
DEXTROSE.....	6	piroxicam.....	49	phosphate.....	86
penicillin g potassium.....	6	pitavastatin calcium.....	39	prednisone.....	86
PENICILLIN G SODIUM.....	6	PLASMA-LYTE 148.....	74	PREDNISONE.....	86
penicillin v potassium.....	6	PLASMA-LYTE A.....	74	PREDNISONE INTENSOL.....	86
PENTACEL.....	28	plenamine.....	72	pregabalin.....	55
pentamidine isethionate.....	10	PLENVU.....	83	PREGEN DHA.....	121
PENTIPS.....	118	PNV OB+DHA.....	121	PREGENNA.....	121
pentoxifylline er.....	35	PNV PRENATAL PLUS		PREHEVBRIO.....	29
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	45	MULTIVIT+DHA.....	121	PREMARIN.....	98
periogard.....	77	PNV TABS 20-1.....	121	PREMASOL.....	72
permethrin.....	111	PNV TABS 29-1.....	121	PREMPHASE.....	98
perphenazine.....	67	PNV-DHA+DOCUSATE.....	121	PREMPRO.....	98
PERSERIS.....	67	PNV-SELECT.....	121	PRENA 1 TRUE.....	121
PERTZYE.....	83	PODOFILOX.....	114	PRENA1.....	121
phenelzine sulfate.....	67	polymyxin b-trimethoprim.....	16	PRENA1 PEARL.....	121
phenobarbital.....	54	POMALYST.....	23	PRENAISSANCE.....	121
phenoxybenzamine hcl.....	33	portia-28.....	96	PRENAISSANCE PLUS.....	121
phenytoin.....	54	posaconazole.....	8	PRENATAL.....	121
phenytoin infatabs.....	54	potassium chloride.....	74,75	PRENATAL 19.....	121
phenytoin sodium		potassium chloride crys er.....	74	PRENATAL PLUS.....	121
extended.....	54,55	potassium chloride er.....	74	PRENATAL PLUS IRON.....	121
PHEXXI.....	108	potassium chloride in		PRENATAL PLUS	
PIFELTRO.....	14	dextrose.....	75	VITAMIN/MINERAL.....	122
pilocarpine hcl.....	32,80	potassium chloride in nacl.....	75	PRENATAL VITAMIN PLUS	
pimecrolimus.....	114	potassium citrate er.....	75	LOW IRON.....	122
PIMOZIDE.....	67	PR NATAL 400.....	121	PRENATE DHA.....	122
pindolol.....	41	PR NATAL 400 EC.....	121	PRENATE ELITE.....	122
pioglitazone hcl.....	90	PR NATAL 430.....	121	PRENATE ENHANCE.....	122
pioglitazone hcl-glimepiride.....	90	PR NATAL 430 EC.....	121	PRENATE MINI.....	122
pioglitazone hcl-metformin		pramipexole dihydrochloride.....	58	PRENATE PIXIE.....	122
hcl.....	91	pramipexole dihydrochloride		PRENATE RESTORE.....	122
piperacillin sod-tazobactam		er.....	58	PRENATRIX.....	122
so.....	6,7	prasugrel hcl.....	36	PRENATRYL.....	122
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	22	pravastatin sodium.....	39	PREPLUS.....	122
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	22	praziquantel.....	1	PRETAB.....	122
		prazosin hcl.....	38	PRETOMANID.....	9
		prednisolone.....	86	prevalite.....	39

PREVYMIS.....	14	PULMOZYME.....	109	REPATHA.....	39
PREZCOBIX.....	14	PURIXAN.....	23	REPATHA PUSHTRONEX	
PREZISTA.....	14	pyrazinamide.....	9	SYSTEM.....	39
PRIFTIN.....	9	pyridostigmine bromide.....	32	REPATHA SURECLICK.....	40
prilovix.....	116	pyridostigmine bromide er.....	32	RETACRIT.....	37,38
prilovix lite.....	116	pyrimethamine.....	10	RETEVMO.....	23
prilovix lite plus.....	116	PYRUKYND.....	107	REVCovi.....	75
prilovix plus.....	116	PYRUKYND TAPER PACK.....	107	REVLIMID.....	23
prilovix ultralite.....	116			REXULTI.....	67
prilovix ultralite plus.....	116	Q		REYATAZ.....	14
PRIMACARE.....	122	QELBREE.....	60,61	REYVOW.....	57
primaquine phosphate.....	10	QINLOCK.....	23	REZDIFFRA.....	84
PRIMIDONE.....	55	QNASL.....	79	REZLIDHIA.....	23
primidone.....	55	QNASL CHILDRENS.....	79	REZUROCK.....	106
PRIORIX.....	29	QUADRACEL.....	28	RHOPRESSA.....	80
PRIVIGEN.....	27	quetiapine fumarate.....	67	RIBAVIRIN.....	14
PRO COMFORT PEN		quetiapine fumarate er.....	67	RIDAURA.....	104
NEEDLES.....	118	quinapril hcl.....	45	rifabutin.....	9
probenecid.....	75	QUINIDINE SULFATE.....	43	rifampin.....	9
prochlorperazine.....	67	quinine sulfate.....	10	riluzole.....	61
prochlorperazine maleate.....	67	QULIPTA.....	56	risedronate sodium.....	103
procto-med hc.....	113			risperidone.....	68
proctosol hc.....	113	R		RISPERIDONE.....	68
proctozone-hc.....	113	R-NATAL OB.....	122	risperidone microspheres er.....	68
progesterone.....	100	RABAVERT.....	29	ritonavir.....	14
PROGRAF.....	106	rabeprazole sodium.....	82	rivastigmine.....	32
PROLIA.....	103	RADICAVA ORS.....	61	rivastigmine tartrate.....	32
PROMACTA.....	37	RADICAVA ORS STARTER		rizatriptan benzoate.....	57
promethazine hcl.....	17	KIT.....	61	ROCKLATAN.....	80
PROMETHEGAN.....	17	raloxifene hcl.....	98	roflumilast.....	117
propafenone hcl.....	43	ramelteon.....	60	ropinirole hcl.....	58
propafenone hcl er.....	43	ramipril.....	46	ropinirole hcl er.....	58
propranolol hcl.....	41	ranolazine er.....	44	rosuvastatin calcium.....	40
PROPRANOLOL HCL.....	41	rasagiline mesylate.....	58	ROTARIX.....	29
propranolol hcl er.....	41	RASUVO.....	23	ROTATEQ.....	29
propylthiouracil.....	101	reclipsen.....	96	ROWASA.....	81
PROQUAD.....	29	RECOMBIVAX HB.....	29	ROZLYTREK.....	23
PROSOL.....	72	RECTIV.....	46	RUBRACA.....	24
protriptyline hcl.....	67	RELENZA DISKHALER.....	14	rufinamide.....	55
PROVIDA DHA.....	122	RELEUKO.....	37	RUKOBIA.....	15
PROVIDA OB.....	122	repaglinide.....	91	RYDAPT.....	24

RYTARY.....	58	solifenacin succinate.....	116	sunitinib malate.....	24
S		SOLQUA.....	91	SUNLENCA.....	15
SAFYRAL.....	96	SOLTAMOX.....	98	SUNOSI.....	61
SANTYL.....	115	SOMAVERT.....	100	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	83
sapropterin dihydrochloride.....	107	sorafenib tosylate.....	24	SURE COMFORT PEN	
SAVAYSA.....	36	sorine.....	41	NEEDLES.....	118
saxagliptin hcl.....	91	sotalol hcl.....	41	SYMLINPEN 120.....	91
saxagliptin-metformin er.....	91	sotalol hcl (af).....	41	SYMLINPEN 60.....	91
SCEMBLIX.....	24	SPINOSAD.....	111	SYMPAZAN.....	55
scopolamine.....	31	SPIRIVA HANDIHALER.....	31	SYMPROIC.....	84
SE-NATAL 19.....	122	SPIRIVA RESPIMAT.....	31	SYMTUZA.....	15
SECUADO.....	68	spironolactone.....	46	SYNAREL.....	99
SEGLUROMET.....	91	spironolactone-hctz.....	46	SYNJARDY.....	91
SELECT-OB.....	122	sprintec 28.....	96	SYNJARDY XR.....	91
SELECT-OB+DHA.....	122	SPRITAM.....	55	SYNTHROID.....	101
selegiline hcl.....	58	SPRYCEL.....	24	T	
SELZENTRY.....	15	SPS (SODIUM POLYSTYRENE		TABRECTA.....	24
SEREVENT DISKUS.....	34	SULF).....	73	tacrolimus.....	106,115
sertraline hcl.....	68	sronyx.....	96	tadalafil.....	47
SHINGRIX.....	29	ssd.....	111	tadalafil (pah).....	47
SIGNIFOR.....	100	STEGLATRO.....	91	TADLIQ.....	47
sildenafil citrate.....	46,47	STELARA.....	104	TAFINLAR.....	24
silodosin.....	33	STIMUFEND.....	38	TAGRISSE.....	24
silver sulfadiazine.....	111	STIOLTO RESPIMAT.....	31	TALTZ.....	104
SIMBRINZA.....	80	STIVARGA.....	24	TALZENNA.....	24
simvastatin.....	40	STREPTOMYCIN SULFATE.....	7	tamoxifen citrate.....	98
sirolimus.....	106	STRIBILD.....	15	tamsulosin hcl.....	33
SIRTURO.....	9	STRIVERDI RESPIMAT.....	34	tarina 24 fe.....	96
SITAGLIPTIN.....	91	SUCRAID.....	75	TARON-BC.....	123
SITAGLIPTIN BASE-		sucralfate.....	82	TARPEYO.....	86
METFORMIN HCL.....	91	sulfacetamide sodium.....	77	TASIGNA.....	24
SIVEXTRO.....	7	sulfacetamide sodium (acne).....	111	tasimelteon.....	60
sodium chloride.....	75	SULFACETAMIDE-		TAVALISSE.....	36
sodium chloride (pf).....	75	PREDNISOLONE.....	77	TAVNEOS.....	103
SODIUM FLUORIDE.....	123	sulfadiazine.....	7	tazarotene.....	115
sodium phenylbutyrate.....	70	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	7	TAZORAC.....	115
sodium polystyrene sulfonate.....	73	sulfasalazine.....	7	TAZVERIK.....	24
SOFOSBUVIR-		sulindac.....	49	TDVAX.....	28
VELPATASVIR.....	15	sumatriptan.....	57	TEFLARO.....	7
SOHONOS.....	32	sumatriptan succinate.....	57	TEGSEDI.....	107
		sumatriptan succinate refill.....	57		

telmisartan	46	TL FOLATE	123	tri-nymyo	96
TELMISARTAN-		TL-CARE DHA	123	tri-sprintec	96
AMLODIPINE	42	TL-SELECT	123	TRI-TABS DHA	123
telmisartan-hctz	46	TOBRADEX	77	tri-vylibra lo	96
temazepam	60	tobramycin	7,77	triamcinolone acetonide	79,113
TENIVAC	28	tobramycin sulfate	7	triamterene	73
tenofovir disoproxil fumarate	15	tobramycin-dexamethasone	77	triamterene-hctz	73
TEPMETKO	24	TOBREX	77	triazolam	60
terazosin hcl	38	tolcapone	58	TRICARE	123
terbinafine hcl	9	tolterodine tartrate	116	tridacaine ii	116
terbutaline sulfate	34	tolterodine tartrate er	116	triderm	113
terconazole	111	tolvaptan	73	TRIENTINE HCL	85
teriflunomide	105	topiramate	55	trifluoperazine hcl	68
TERIPARATIDE		toremifene citrate	98	TRIFLURIDINE	77
(RECOMBINANT)	102	torpenz	24	TRIHEXYPHENIDYL HCL	58
testosterone	87	torseamide	73	trihexyphenidyl hcl	58
testosterone cypionate	87	TOUJEO MAX SOLOSTAR	91	TRIJARDY XR	92
TESTOSTERONE		TOUJEO SOLOSTAR	91	trimethoprim	16
ENANTHATE	87	TPN ELECTROLYTES	75	trimipramine maleate	68
tetrabenazine	70	TRADJENTA	91	TRINATAL RX 1	123
tetracycline hcl	7	tramadol hcl	49	TRINATE	123
THALOMID	105	tramadol hcl er	49,50	TRINAZ	123
theophylline er	117	tramadol-acetaminophen	50	TRINTELLIX	68
thioridazine hcl	68	trandolapril	46	TRISTART DHA	123
thiothixene	68	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIUMEQ	15
THRIVITE RX	123	HCL ER	43	TRIUMEQ PD	15
tiadylt er	42	tranexamic acid	35	TRIVEEN-DUO DHA	123
tiagabine hcl	55	tranylcypramine sulfate	68	trivora (28)	96
TIBSOVO	24	TRAVASOL	72	TROPHAMINE	72
TICOVAC	29	trazodone hcl	68	tropium chloride	116
tigecycline	7	TRECATOR	9	tropium chloride er	117
tilia fe	96	TRELEGY ELLIPTA	31	TRULICITY	92
timolol maleate	41,80	TRELSTAR MIXJECT	99	TRUMENBA	29
timolol maleate (once-daily)	80	tretinoin	25,115	TRUQAP	25
timolol maleate ocudose	80	tretinoin microsphere	115	TUKYSA	25
timolol maleate pf	80	tretinoin microsphere pump	115	TURALIO	25
tinidazole	10	TREXALL	25	turqoz	96
TIROSINT-SOL	101	tri-estarylla	96	TWINRIX	29
TIVICAY	15	tri-legest fe	96	TYBOST	15
TIVICAY PD	15	tri-lo-estarylla	96	TYENNE	104
tizanidine hcl	32	tri-lo-sprintec	96	TYMLOS	102

TYPHIM VI	29	VENCLEXTA STARTING	VIVJOA	9
TYRVAYA	79	PACK	VIZIMPRO	25
U		VENLAFAXINE BESYLATE	VOL-NATE	124
UBRELVY	57	ER	VONJO	25
UDENYCA	38	venlafaxine hcl	voriconazole	9
ULTICARE INSULIN SAFETY		venlafaxine hcl er	VOSEVI	16
SYR	118	VENTOLIN HFA	VOXZOGO	107
ULTILET INSULIN		verapamil hcl	VP-PNV-DHA	124
SYRINGE	118	verapamil hcl er	VRAYLAR	69
ursodiol	83	VERQUVO	VTAMA	115
UZEDY	68,69	VERSACLOZ	vylibra	96
V		VERZENIO	VYNDAMAX	44
valacyclovir hcl	15	vestura	VYNDAQEL	44
VALCHLOR	115	vienna	VYZULTA	80
valganciclovir hcl	15	vigabatrin	W	
valproic acid	55	vigadrone	WAKIX	51
valsartan	46	VIGAFYDE	warfarin sodium	36
valsartan-		vigpoder	WEGOVY	92
hydrochlorothiazide	46	VIJOICE	WELIREG	25
VALTOCO 10 MG DOSE	60	vilazodone hcl	WESNATAL DHA	
VALTOCO 15 MG DOSE	60	VINATE II	COMPLETE	124
VALTOCO 20 MG DOSE	60	VINATE ONE	WESNATE DHA	124
VALTOCO 5 MG DOSE	60	VIOKACE	WESTAB PLUS	124
vancomycin hcl	7	VIRACEPT	WESTGEL DHA	124
VANDAZOLE	111	VIREAD	WINREVAIR	110
VANFLYTA	25	VIRT-NATE DHA	wixela inhub	34
VAQTA	29	VITAFOL FE+	X	
varenicline tartrate	31	VITAFOL GUMMIES	XALKORI	25
varenicline tartrate (starter)	31	VITAFOL ULTRA	XARELTO	36
varenicline tartrate(continue)	31	VITAFOL-NANO	XARELTO STARTER PACK	36
VARIVAX	30	VITAFOL-OB	XCOPRI	56
VARUBI (180 MG DOSE)	82	VITAFOL-OB+DHA	XCOPRI (250 MG DAILY	
VAXCHORA	30	VITAFOL-ONE	DOSE)	56
VELIVET	96	VITAMEDMD ONE	XCOPRI (350 MG DAILY	
VELTASSA	73	RX/QUATREFOLIC	DOSE)	56
VEMLIDY	16	VITAMEDMD REDICHEW	XDEMVY	77
VENA-BAL DHA	123	RX	XELJANZ	104
VENCLEXTA	25	VITAPEARL	XELJANZ XR	104
		VITATRUE	XELPROS	80
		VITRAKVI		
		VIVA DHA		

XERMELO.....	81	zidovudine.....	16
XGEVA.....	103	ZIEXTENZO.....	38
XHANCE.....	79	ZIPHEX.....	124
XIFAXAN.....	8	ziprasidone hcl.....	69
XIGDUO XR.....	92	ziprasidone mesylate.....	69
XIIDRA.....	79	ZIRGAN.....	77
XOFLUZA (40 MG DOSE)...	16	ZOLINZA.....	26
XOFLUZA (80 MG DOSE)...	16	zolmitriptan.....	57
XOLAIR.....	108	zolpidem tartrate.....	60
XOSPATA.....	26	zolpidem tartrate er.....	60
XPOVIO (100 MG ONCE		ZONISADE.....	56
WEEKLY).....	26	zonisamide.....	56
XPOVIO (40 MG ONCE		ZORYVE.....	115
WEEKLY).....	26	zovia 1/35 (28).....	96
XPOVIO (40 MG TWICE		zovia 1/35e (28).....	96
WEEKLY).....	26	ZTALMY.....	56
XPOVIO (60 MG ONCE		ZURZUVAE.....	70
WEEKLY).....	26	ZYDELIG.....	26
XPOVIO (60 MG TWICE		ZYKADIA.....	26
WEEKLY).....	26	ZYLET.....	77
XPOVIO (80 MG ONCE		ZYPREXA RELPREVV.....	70
WEEKLY).....	26		
XPOVIO (80 MG TWICE			
WEEKLY).....	26		
XTANDI.....	26		
xulane.....	96		

Y

YF-VAX.....	30
yuvafem.....	98

Z

zafirlukast.....	108
zaleplon.....	60
ZALVIT.....	124
ZARXIO.....	38
ZEJULA.....	26
ZELAPAR.....	58
ZELBORAF.....	26
zenatane.....	115
ZENPEP.....	84



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

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

Esta Lista de medicamentos recetados disponibles es para el siguiente plan:
Utah

Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25019 Version 13