



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2025 Formulario Essential

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 01/01/2025 .

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

Essential 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.

La red de farmacias de Health Medicare + Kroger incluye farmacias preferidas de menor costo limitadas del condado de Bonneville en Idaho. Es posible que los costos más bajos promocionados en los materiales del plan para estas farmacias no estén disponibles en la farmacia que usa. Para obtener información actualizada acerca de las farmacias de nuestra red, incluido si hay farmacias preferidas de menor costo en su área, llame al **800-442-9900 (TTY 711)** o consulte el directorio de farmacias en línea, en selecthealth.org/medicare/pharmacy.

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25015 15

© 2025 Select Health. Todos los derechos reservados. 3445601 01/25
Y0165_3445601_v15_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 Dolmeterscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. 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 도와드릴 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 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。

Formulario CMS-10802 (Vence 12/31/2025)

Aprobación OMB 0938-1421

© 2024 Select Health. Todos los derechos reservados. 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 del año nuevo 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 130**. 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 1.3, «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, muéstresela 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 30**.

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	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ANTIBACTERIALS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	IH, UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ --500 & 500 & 30 MG THER PACK	3	LC (122 cada 14 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>amoxicillin 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	2	UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>amoxicillin-pot clavulanate -200-28.5 mg/5ml, -400-57 mg/5ml, -600-42.9 mg/5ml</i>	2	UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	2	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
AMPICILLIN SODIUM AMPICILLIN SODIUM 1 GM RECON SOLN, AMPICILLIN SODIUM 10 GM RECON SOLN, AMPICILLIN SODIUM 125 MG RECON SOLN	2	IH, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	LC (252 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>azithromycin 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>azithromycin 250 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>azithromycin azithromycin 600 mg tab, azithromycin 1 gm packet, azithromycin 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>aztreonam 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BICILLIN C-R -1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BICILLIN C-R 900/300 -900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BICILLIN L-A -600000 UNIT/MSUSP PRSYR, -1200000 UNIT/2MSUSP PRSYR, -2400000 UNIT/4MSUSP PRSYR	4	BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	AP, LC (280 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
CEFACLOR 250 MG CAP, 500 MG CAP	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefazolin sodium 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefdinir 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefepime hcl 1 gm soln, 2 gm soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefixime 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefixime 400 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefoxitin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefpodoxime proxetil 50 mg/5ml recon susp, 100 mg tab, 100 mg/5ml recon susp, 200 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefprozil 125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ceftazidime 1 gm soln, 2 gm soln, 6 gm soln</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefuroxime axetil 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cefuroxime sodium 1.5 gm soln, 750 mg soln</i>	3	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cephalexin 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cephalexin 250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ciprofloxacin hcl 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>clindamycin hcl 75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	3	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DALVANCE 500 MG RECON SOLN	4	IH, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>daptomycin 500 mg recon soln</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>daptomycin 350 mg recon soln, aptomycin 350 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>dicloxacillin sodium 250 mg cap, 500 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DIFICID 200 MG TAB	5	TE, LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	TE, LC (136 cada 10 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	4	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>doxycycline hyclate 50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythrocin lactobionate erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythromycin 250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythromycin base 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>erythromycin base 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</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>	2	UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s)), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>imipenem-cilastatin imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln</i>	4	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>levofloxacin 250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>levofloxacin in d5w in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml</i>	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>linezolid 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>	3	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>meropenem 1 gm soln, 500 mg soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>minocycline hcl 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	3	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nafcillin sodium 1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
NUZYRA 100 MG RECON SOLN	4	LC (15 cada 14 dia(s)), IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No- Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
NUZYRA 150 MG TAB	4	LC (30 cada 14 dia(s)), NM (No- Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ofloxacin ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE 40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION	2	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>piperacillin sod-tazobactam so -13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	2	AP, UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -200-40 mg/5ml suspension, -800-160 mg/20ml suspension</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim -400-80 mg tab, -800-160 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tetracycline hcl 250 mg cap, 500 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	2	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	AP, BVD (inhalación), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>vancomycin hcl 1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln, 750 mg soln</i>	3	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>vancomycin hcl 125 mg cap, 250 mg cap</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>vancomycin hcl 50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
XIFAXAN 200 MG TAB	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
XIFAXAN 550 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ANTIFUNGALS		
AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	4	IH, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	4	IH, UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>casposfungin acetate 50 mg soln, 70 mg soln</i>	4	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>fluconazole 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>flucytosine 250 mg cap, 500 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>griseofulvin microsize 125 mg/5ml suspension, 500 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>griseofulvin ultramicrosize 125 mg tab, 250 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	3	LC (126 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>miconazole sodium 50 mg soln, 100 mg soln</i>	2	AP, BVD (Injectable/INFUSIBLE), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VIVJOA 150 MG CAP THPK	4	AP, LC (21 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	3	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>voriconazole voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

ANTIMYCOBACTERIALS

<i>dapsone 25 mg tab, 100 mg tab</i>	3	UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ethambutol hcl 100 mg tab, 400 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>isoniazid 100 mg tab, 300 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PRETOMANID 200 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PRIFTIN 150 MG TAB	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>rifampin 150 mg cap, 300 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	3	IH, UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SIRTURO 100 MG TAB	5	AP, LC (188 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SIRTURO 20 MG TAB	5	AP, LC (940 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
TRECTOR 250 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ANTIPROTOZOALS		
<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>atovaquone-proguanil hcl -62.5-25 mg tab, -250-100 mg tab</i>	3	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	AP, LC (84 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
KRINTAFEL 150 MG TAB	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
LAMPIT 30 MG TAB, 120 MG TAB	4	AP, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>metronidazole 500 mg tab</i>	2	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>metronidazole metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nitazoxanide nitazoxanide 500 mg tab, nitazoxanide 500 mg tab</i>	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	AP, IH, BVD (inhalación), NM (No-Mantenimiento), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>tinidazole 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ANTIVIRALS		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	4	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	4	LC (180 cada 30 dia(s)), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>abacavir sulfate-lamivudine -600-300 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>acyclovir 200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab</i>	1	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>acyclovir 200 mg/5ml suspension</i>	2	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	2	IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>atazanavir sulfate 150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BARACLUDGE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BIKTARVY 30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
COMPLERA 200-25-300 MG TAB	5	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>darunavir 600 mg tab</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DESCOVY 120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DOVATO 50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
EDURANT 25 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df --600-200-300 mg</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>entecavir 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>etravirine 100 mg tab, 200 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>famciclovir 125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
FUZEON 90 MG RECON SOLN	5	LC (60 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ISENTRESS 25 MG CHEW TAB	4	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ISENTRESS 400 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ISENTRESS HD 600 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
JULUCA 50-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>lamivudine 10 mg/ml solution</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>lamivudine 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>lamivudine-zidovudine -150-300 mg tab</i>	4	UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR -90-400 MG TAB	5	AP, LC (168 cada 365 OVER TIME), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
LIVTENCITY 200 MG TAB	5	AP, LC (336 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>lopinavir-ritonavir -100-25 mg tab</i>	4	LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>lopinavir-ritonavir -200-50 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>lopinavir-ritonavir -400-100 mg/5ml solution</i>	4	LC (390 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>maraviroc 150 mg tab, 300 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
MAVYRET 100-40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
MAVYRET 50-20 MG PACKET	5	AP, LC (140 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nevirapine 200 mg tab</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
NEVIRAPINE 50 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (1200 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nevirapine er 400 mg tab 24h</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
NORVIR 100 MG PACKET	4	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	5	LC (30 cada 5 dia(s)), UB, \$0 (Preventive), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	5	LC (30 cada 5 dia(s)), UB, \$0 (Preventive), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PIFELTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PREVYMIS 240 MG TAB, 480 MG TAB	5	AP, LC (100 cada 365 OVER TIME), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PREZISTA 75 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	LC (60 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	LC (210 cada 30 dia(s)), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	4	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SELZENTRY 25 MG TAB	4	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SELZENTRY 75 MG TAB	5	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR -400-100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TIVICAY 10 MG TAB	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TIVICAY 25 MG TAB, 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TYBOST 150 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>valacyclovir hcl 1 gm tab, 500 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VEMLIDY 25 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VIRACEPT 250 MG TAB, 625 MG TAB	5	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VIREAD 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>zidovudine 50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
URINARY ANTI-INFECTIVES		
<i>fosfomycin tromethamine 3 gm packet</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nitrofurantoin 25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension</i>	3	AP, UB, NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nitrofurantoin macrocrystal 25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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>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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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))
<i>promethazine hcl 12.5 mg suppos, 25 mg suppos</i>	3	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	3	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>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
AKEEGA 50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ALECENSA 150 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 180 OVER TIME)
ALUNBRIG 90 MG TAB, 180 MG TAB	5	AP, 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
AUGTYRO 40 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
AYVAKIT 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BALVERSA 3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	AP
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BOSULIF 400 MG TAB, 500 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 50 MG CAP	5	AP, LC (210 cada 30 dia(s))
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 80 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
CABOMETYX 20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
CALQUENCE 100 MG CAP, 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
CAPRELSA 100 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	AP, UB
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	AP, UB
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	AP, UB
COPIKTRA 15 MG CAP, 25 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
COTELLIC 20 MG TAB	5	AP, 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	AP, BVD (Immunosuppressant/Quimioterapia a Oral), NOTE
DAURISMO 100 MG TAB	5	AP, 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
DAURISMO 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
DROXIA 200 MG CAP, 300 MG CAP, 400 MG CAP	4	
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 240 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 60 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 100 mg tab, 150 mg tab</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>everolimus 2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
FOTIVDA 0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 dia(s))
GAVRETO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GILOTRIF 20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GLEOSTINE 10 MG CAP	4	AP, LC (26 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 100 MG CAP	5	AP, LC (3 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 40 MG CAP	5	AP, 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	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
ICLUSIG 10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA 50 MG TAB, 100 MG TAB	5	AP, 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>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (216 cada 30 dia(s))
INLYTA 1 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
INLYTA 5 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INQOVI 35-100 MG TAB	5	AP, LC (5 cada 28 OVER TIME), UB
INREBIC 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
IWILFIN 192 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
JAKAFI 5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (91 cada 28 dia(s))
KOSELUGO 10 MG CAP, 25 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
KRAZATI 200 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	AP, 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>lenalidomide 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap</i>	5	AP, AL, LC (28 cada 28 dia(s)), NOTE
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LONSURF 15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB	5	AP, LC (80 cada 28 dia(s))
LORBRENA 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
LORBRENA 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LYNPARZA 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LYSODREN 500 MG TAB	3	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
MATULANE 50 MG CAP	5	

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
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	AP, LC (1200 cada 30 dia(s))
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
MEKINIST 2 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
MEKTOVI 15 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	
<i>methotrexate sodium (pf) methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution</i>	2	AP, 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	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
NERLYNX 40 MG TAB	5	AP, 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	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
NUBEQA 300 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ODOMZO 200 MG CAP	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 50 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
OJEMDA 100 MG TAB	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME)
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	AP, LC (96 cada 28 OVER TIME)
OJJAARA 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ONUREG 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (14 cada 28 OVER TIME)
ORSERDU 345 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORSERDU 86 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5	AP
PEMAZYRE 4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB	5	AP

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
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), UB
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
POMALYST 1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
PURIXAN 2000 MG/100ML SUSPENSION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
QINLOCK 50 MG TAB	5	AP, 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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
RETEVMO 40 MG CAP, 40 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
RETEVMO 80 MG CAP, 80 MG TAB	5	AP, 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	AP, AL, LC (28 cada 28 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
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
RUBRACA 200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
RYDAPT 25 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 100 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 40 MG TAB	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
SPRYCEL 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SPRYCEL 20 MG TAB, 50 MG TAB, 70 MG TAB, 80 MG TAB, 140 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
STIVARGA 40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 21 dia(s))
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>sunitinib malate 25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TABRECTA 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
TAFINLAR 50 MG CAP, 75 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAGRISSE 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	AP, 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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
TASIGNA 150 MG CAP, 200 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), UB
TASIGNA 50 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAZVERIK 200 MG TAB	5	AP, LC (240 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
TEPMETKO 225 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
TIBSOVO 250 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>torpenz 2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<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	AP, LC (64 cada 28 OVER TIME)
TUKYSA 50 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TURALIO 125 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VERZENIO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
VIJOICE 50 MG PACKET	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIJOICE 50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
VITRAKVI 100 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 25 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIZIMPRO 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VONJO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
WELIREG 40 MG TAB	5	AP, 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
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XALKORI 20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
XALKORI 200 MG CAP, 250 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XOSPATA 40 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (32 cada 28 OVER TIME), UB
XTANDI 40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZEJULA 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ZELBORAF 240 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ZOLINZA 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZYDELIG 100 MG TAB, 150 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZYKADIA 150 MG TAB	5	AP, 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	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
--	---	--

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 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	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
GAMMAGARD S/D LESS IGA 5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN	5	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
GAMUNEX-C -1 GM/10ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PRIVIGEN 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION	5	AP, BVD (IVIG), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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)

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
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)
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	AP, 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	AP, \$0 (PREVENTIVE), NOTE
HIBERIX 10 MCG RECON 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
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
IPOL INJECTABLE	3	UB, \$0 (PREVENTIVE)
IXCHIQ RECON SOLN	3	AP, \$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)
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)
PREHEVBRIO 10 MCG/ML SUSPENSION	3	AP, 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	AP, 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)

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
TRUMENBA SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	3	AP, \$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)
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	3	UB, \$0 (Preventive)
VAXCHORA RECON SUSP	3	AP, \$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, 2 mg tab</i>	2	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</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
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	AP, BVD (inhalación), UB, NOTE
<i>ipratropium-albuterol -0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	2	AP, BVD (inhalación), UB, NOTE
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>	2	
<i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>	2	UB
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	3	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	AP, LC (1344 cada 30 OVER TIME), UB
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s)), UB
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	3	LC (106 cada 365 OVER TIME), UB
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME), UB
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	3	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	
---	---	--

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>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	3	
<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	3	UB
<i>galantamine hydrobromide er er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er</i>	3	
<i>pilocarpine hcl 5 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution</i>	3	
<i>rivastigmine 4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch</i>	3	
<i>rivastigmine tartrate 1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap</i>	2	
SKELETAL 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>	3	
<i>methocarbamol 500 mg tab, 750 mg tab</i>	2	
SOHONOS 1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SOHONOS 10 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOHONOS 5 MG CAP	5	AP, 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))

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>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))

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>	3	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl -0.5-0.4 mg cap</i>	3	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	AP, 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	AP, BVD (inhalación), 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>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación), 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))

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>breyna 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	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
EPINEPHRINE 0.15 MG/0.15ML SOLN -INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN -INJ	3	LC (2 cada 30 OVER TIME), UB
<i>epinephrine 0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln</i>	3	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>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación), 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	AP, BVD (inhalación), UB, NOTE
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	UB
LUCEMYRA 0.18 MG TAB	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	
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	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
BRILINTA 60 MG TAB, 90 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
CABLIVI 11 MG KIT	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cilostazol 50 mg tab, 100 mg tab</i>	2	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>clopidogrel bisulfate 75 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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>	3	UB
<i>fondaparinux sodium 2.5 mg/0.5ml solution</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>fondaparinux sodium 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml, 10 mg/0.8ml</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>	3	BVD (Heparina), UB, ESRD, NOTE
<i>heparin sodium (porcine) 5000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml</i>	3	BVD (Heparina), UB, 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>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	3	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	SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>prasugrel hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	AP, 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	AP, 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	AP, 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
DOPTELET 20 MG TAB	5	AP, 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	AP, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
GRANIX 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
GRANIX 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/1.6ML SOLUTION	5	AP
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
MULPLETA 3 MG TAB	5	AP, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, 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	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
NIVESTYM 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
PROMACTA 12.5 MG PACKET	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
PROMACTA 12.5 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PROMACTA 25 MG PACKET	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RELEUKO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, 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
RETACRIT 10000 UNIT/ML SOLUTION	3	AP, BVD (EPO), UB, ESRD, NOTE
RETACRIT 2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION	3	AP, BVD (EPO), ESRD, NOTE
RETACRIT 20000 UNIT/ML SOLUTION	3	AP, UB, ESRD, NOTE
STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
UDENYCA UDENYC6 MG/0.6ML SOLN -INJ	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
ZARXIO 300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, NOTE
ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP, 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))
---	---	------------------------

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>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>	3	LC (720 cada 30 dia(s)), UB
<i>cholestyramine light 4 gm packet, 4 gm/dose powder</i>	3	LC (1195 cada 30 dia(s)), UB
<i>colesevelam hcl 3.75 gm packet</i>	4	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colesevelam hcl 625 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	3	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 5 gm granules, 5 gm packet</i>	3	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>	3	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>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JUXTAPID 5 MG CAP, 10 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP	5	AP, 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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
NEXLIZET 180-10 MG TAB	3	AP, 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>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>	3	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>	3	LC (1195 cada 30 dia(s)), UB
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	AP, LC (3.5 cada 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK REPTH140 MG/ML SOLN -INJ	3	AP, 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>	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
<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>	3	
<i>nadolol 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab</i>	3	
<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))
<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>	3	
<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	

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>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	
<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	

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>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	
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 125 mcg tab, 250 mcg tab</i>	2	
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	3	
<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>	3	
<i>flecainide acetate 50 mg tab, 100 mg tab, 150 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>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>	3	
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>	3	
QUINIDINE SULFATE 200 MG TAB, 300 MG TAB	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ranolazine er er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
VYNDAMAX 61 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VYNDAQEL 20 MG CAP	5	AP, 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>	3	
<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	

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>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	
<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>	3	
<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	AP, 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	

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>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
<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>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	

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>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>	4	LC (30 cada 30 OVER TIME), UB
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	3	UB
NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION	3	UB
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
VERQUVO 2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	3	AP, 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)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ascomp-codeine -50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>bac 50-325-40 mg tab</i>	3	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>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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>buprenorphine hcl 2 mg sl tab</i>	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>buprenorphine hcl 8 mg sl tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>butalbital-apap-caff-cod ---50-300-40-30 mg cap, ---50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>butalbital-apap-caffeine --50-300-40 mg cap, --50-325-40 mg cap, --50-325-40 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-asa-caff-codeine ---50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>butalbital-aspirin-caffeine --50-325-40 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<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>	3	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))

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>etodolac 200 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	AP, LC (10 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>fentanyl citrate fentanyl citrate 200 mcg loz handle, fentanyl citrate 200 mcg loz handle</i>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>hydromorphone hcl 2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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	

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>methadone hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<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)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>tramadol-acetaminophen -37.5-325 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
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>	3	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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>armodafinil 50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab</i>	3	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>	3	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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er er 10 mg cap er, er 15 mg cap er</i>	3	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>	3	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>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	3	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>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg chew tab, 10 mg chew tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	3	LC (1800 cada 30 dia(s)), UB
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>	3	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>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) er 30 mg cap er, er 40 mg cap er</i>	3	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>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>	3	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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	3	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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>modafinil 100 mg tab, 200 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
WAKIX 4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ANTICONSULTANTS		
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>	3	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>	3	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er er 200 mg cap er, er 200 mg tab er</i>	3	LC (240 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>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 disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT 250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET	4	AP, 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	AP, 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>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	3	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
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	AP, 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>	4	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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 150 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab disp</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	4	LC (28 cada 180 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	4	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>	3	LC (210 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	4	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</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 25 mg tab 24h</i>	3	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>lamotrigine er 50 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine starter kit-blue -35 x 25 mg</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine starter kit-green -84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	LC (196 cada 365 OVER TIME), UB
<i>lamotrigine starter kit-orange -42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	LC (98 cada 365 OVER TIME), UB
<i>levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5ml</i>	3	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>	3	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>	4	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>	3	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))

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 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<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>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	AP, 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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 16 mg tab</i>	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	4	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	4	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	AP, LC (9000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	AP, 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
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (750 cada 30 OVER TIME)
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s)), UB
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s)), UB
XCOPRI 25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB	5	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	5	LC (28 cada 28 dia(s)), UB
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	5	AP
<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	AP, 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	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY 120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (4 cada 84 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate 2.5 mg tab</i>	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl 1 mg tab, 2.5 mg tab</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	AP, LC (8 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
QULIPTA 10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
REYVOW 50 MG TAB, 100 MG TAB	4	AP, 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>	3	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>	3	LC (4 cada 30 OVER TIME), UB
<i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart</i>	3	LC (4 cada 30 OVER TIME), UB
UBRELVY 50 MG TAB, 100 MG TAB	3	AP, 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>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), UB
<i>zolmitriptan 5 mg solution</i>	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)

ANTIPARKINSONIAN AGENTS

<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	5	AP, 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>	3	
<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	

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 er -er 25-100 mg tab er, -er 50-200 mg tab er</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<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>	3	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	3	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>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er</i>	3	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg tab, 1 mg tab</i>	3	
<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>	3	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>	3	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
TRIHENYDROXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION	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>trihexyphenidyl hcl 2 mg tab, 5 mg tab</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
ZELAPAR 1.25 MG TAB DISP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</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>	3	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>	3	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>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 3.75 mg tab, 7.5 mg tab</i>	3	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	AP, 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	

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>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
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	AP, 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>	3	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>	3	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>	3	
<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))

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 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))
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
<i>riluzole 50 mg tab</i>	3	
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 prsy, 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	AP, LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
ABILIFY MAINTENA 300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER	5	AP, 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	
APLENZIN 174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H	4	TE, 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>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s)), UB
<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	AP, LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	AP, LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	5	AP, 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>	3	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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>chlorpromazine hcl 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab</i>	2	
CHLORPROMAZINE HCL 30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC	3	
<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
<i>citalopram hydrobromide 10 mg/5ml solution</i>	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 MG CAP	3	
<i>clomipramine hcl 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap</i>	3	TE
<i>clozapine 100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	3	LC (135 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 25 mg tab, 50 mg tab</i>	3	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>	3	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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
FANAPT TITRATION PACK 1 & 2 & 4 & 6 MG TAB	4	AP, 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	3	
<i>fluoxetine hcl 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	1	
<i>fluoxetine hcl 20 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	3	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>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	3	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	3	AP, BVD (Inyectable/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>	3	
<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>	3	
<i>haloperidol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab</i>	2	
<i>haloperidol decanoate 50 mg/ml, 100 mg/ml</i>	2	AP, 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>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	UB
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	AP, 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	AP, LC (3.5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	AP, 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	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	2	
<i>lithium carbonate er er 300 mg tab er, er 450 mg tab 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>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	AP, 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	3	
<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	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	AP, 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>	3	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>	4	
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	3	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>	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
<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	AP, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Injectable/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>	3	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>	4	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>	3	
<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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<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))

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 0.5 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	AP, UB, NOTE
<i>risperidone microspheres er er 37.5 mg, er 50 mg</i>	5	AP, 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>	3	
<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>	4	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	AP, LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.42 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 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	AP, LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H	4	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	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>vilazodone hcl 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
VRAYLAR 1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP	5	AP, 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	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
ZURZUVAE 20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP	5	AP, LC (28 cada 14 dia(s))
ZYPREXA RELPREVV 210 MG RECON SUSP	4	AP, 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
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO 6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB	5	AP, 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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	AP, LC (28 cada 180 OVER TIME)
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 6 & 12 & 24 MG TBER THPK	5	AP, LC (42 cada 180 OVER TIME), UB
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA

AMMONIA DETOXICANTS

<i>carglumic acid 200 mg tab sol</i>	5	AP
<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

CALORIC AGENTS

CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION	3	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
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
<i>dextrose 10 % solution</i>	2	IH, UB
<i>dextrose 5 % solution</i>	2	IH
<i>glucose 5 % solution</i>	2	IH

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
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	AP, 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	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
JYNARQUE 15 MG TAB, 30 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
JYNARQUE 45 15 MG TAB THPK, 60 30 MG TAB THPK, 90 30 MG TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<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))

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>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>	3	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>	3	UB
LOKELMA 10 GM PACKET	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LOKELMA 5 GM PACKET	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	UB
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION	3	UB
VELTASSA 8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
REPLACEMENT PREPARATIONS		
<i>dextrose-nacl -5-0.45 %, -5-0.9 %</i>	2	IH, UB, NOTE
<i>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-OLUTION	3	IH, 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>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 -8 tab er, -20 packet</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>	3	UB, NOTE
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>	3	IH, NOTE
<i>potassium chloride 20 meq packet</i>	3	
<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	
<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>	3	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>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>	3	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>	3	
<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	AP, IH, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
TPN ELECTROLYTES CONC	2	IH, UB

URICOSURIC AGENTS

<i>colchicine-probenecid -0.5-500 mg tab</i>	3	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	3	

ENZIMAS

PALYNZIQ 2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	AP
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	5	AP, AL, LC (354 cada 30 dia(s)), NOTE

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

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>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>	3	UB
<i>ciprofloxacin-dexamethasone -0.3-0.1 % suspension</i>	3	UB
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	2	UB
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	3	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
<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>	3	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

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
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>	3	UB
TOBEX 0.3 % OINTMENT	4	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	3	UB
XDEMY 0.25 % SOLUTION	5	AP
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>	3	UB
<i>cyclosporine 0.05 % emulsion</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	UB
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	2	UB
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
FLAREX 0.1 % SUSPENSION	4	UB
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME), UB
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	3	UB
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	3	UB
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	3	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

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
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>	3	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</i>	4	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
<i>loteprednol etabonate 0.5 % gel, 0.5 % suspension</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	3	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>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
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	AP

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
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>	3	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>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	3	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>	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME), UB
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	UB
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	3	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>	3	UB
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf -2-0.5 % solution</i>	3	UB
<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>	3	
<i>pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 %</i>	3	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)

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
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	3	LC (16 cada 30 OVER TIME), UB
<i>timolol maleate (once-daily) -0.5 % solution</i>	3	UB
<i>timolol maleate 0.25 % gel f soln, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % gel f soln</i>	3	UB
<i>timolol maleate 0.25 %, 0.5 %</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	AP, LC (20 cada 30 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	AP, 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>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	3	
<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>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	3	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA 4 GM KIT	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
ANTIDIARRHEA AGENTS		
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	2	UB
XERMELO 250 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ANTIEMETICS		
ANZEMET 50 MG TAB	4	AP, ST, LC (7 cada 30 OVER TIME), NOTE
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), NOTE
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	3	AP, LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), NOTE
<i>aprepitant 80 125 mg cap, 80 125 mg misc</i>	3	AP, LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), UB, NOTE
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	3	AP, LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD (Emend oral), UB, NOTE
<i>dronabinol 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	3	AP, BVD (ORAL ANTIEMETICS), UB, NOTE
<i>ondansetron 4 mg tab disp, 8 mg tab disp</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>ondansetron hcl 4 mg tab, 8 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	AP, BVD (ORAL ANTIEMETICS), UB, NOTE
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD (ORAL ANTIEMETICS), NOTE
ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS		
<i>bis subcit-metronid-tetracyc --140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>cimetidine 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 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>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</i>	2	
<i>famotidine 40 mg/5ml recon susp</i>	3	
<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>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>sucralfate 1 gm tab</i>	2	
<i>sucralfate 1 gm/10ml suspension</i>	3	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
<i>gavilyte-n with flavor pack -420 gm recosol</i>	2	UB
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf --17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	3	
<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>	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
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c -kl-l-sulf--100 gm reon soln</i>	3	
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>	3	
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	
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	

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
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM 50 MG CAP, 250 MG CAP	5	AP, 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	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC 0.2 MG TAB	3	
PROKINETIC AGENTS		
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	4	
<i>metoclopramide hcl 5 mg tab, 10 mg tab</i>	2	
<i>metoclopramide hcl 5 mg/5ml, 10 mg/10ml</i>	3	UB
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>	4	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	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 360 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet</i>	5	AP, 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	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferiprone 500 mg tab, 1000 mg tab</i>	5	

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
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	AP

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>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación), UB, NOTE
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	3	
<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
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	AP, 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	

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>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	3	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>	3	
<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	AP, 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	AP, LC (10 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
<i>depo-testosterone depo-testosterone 200 mg/ml solution, depo-testosterone 200 mg/ml solution</i>	4	AP, 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>	3	LC (150 cada 30 dia(s)), UB
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), UB
<i>testosterone cypionate 100 mg/ml solution</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB
<i>testosterone cypionate 200 mg/ml solution</i>	3	LC (10 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
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	3	LC (10 cada 28 OVER TIME), UB
<i>testosterone testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel</i>	3	AP, 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>	3	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	
<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

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
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
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	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (35\$/30), UB
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH 100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN	4	AP, 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

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 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
<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	AP, 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	AP, LC (2 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
<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))
<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))

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
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL -50-1000 MG TAB, -50-500 MG TAB	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SOLIQUA 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))
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	AP, 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	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME), UB
WEGOVY 1.7 MG/0.75ML SOLN -INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN -INJ	5	AP, LC (3 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
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
<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>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME), 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>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>	3	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>	3	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>	3	UB
<i>junel 1.5/30 /-mg-mcg tab</i>	2	UB
<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

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>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	AP, 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>lutera 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
<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>	3	UB
<i>necon 0.5/35 (28) /-mg-mcg tab</i>	2	UB
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	3	AP, 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)

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>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>	3	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
<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

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>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))
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>	3	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>	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
<i>estradiol 0.1 mg/gm cream</i>	3	LC (127.5 cada 30 OVER TIME), UB
<i>estradiol 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>exemestane 25 mg tab</i>	3	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	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
OSPHENA 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))
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>	3	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))

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>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>yuvafem 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS		
ELIGARD 7.5 MG KIT, 22.5 MG KIT, 30 MG KIT	4	AP, UB, NOTE
FIRMAGON (240 MG DOSE) 120 /VIAL RECON SOLN	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
FIRMAGON 80 MG RECON SOLN	4	AP, 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	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), NOTE
LUPRON DEPOT (1-MONTH) -3.75 MG KIT, -7.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (3-MONTH) -11.25 MG KIT, -22.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (4-MONTH) -30 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT (6-MONTH) -45 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) -- 7.5 MG KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) -- 11.25 MG () KIT	5	AP, BVD (Quimioterapia inyectable/infusible), UB, NOTE
MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORGOVYX 120 MG TAB	5	AP, LC (32 cada 30 dia(s))
ORLISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ORLISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	AP, UB
TRELSTAR MIXJECT 3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP	4	AP, 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
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>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), ESRD, NOTE
PITUITARY		
<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME), UB
<i>desmopressin acetate 0.1 mg tab, 0.2 mg tab</i>	3	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	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
PROGESTINS		
CRINONE 4 % GEL	4	AP, 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
<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>	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
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>	4	AP, BVD (Inyectable/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	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
SIGNIFOR 0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
GENOTROPIN 5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE	5	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
OMNITROPE 5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART	5	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT 25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), UB
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	

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>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	

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>	3	LC (180 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>disulfiram 250 mg tab, 500 mg tab</i>	3	
ANTIDOTES		
<i>acetylcysteine 10 % solution</i>	2	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>acetylcysteine 20 % solution</i>	2	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>leucovorin calcium 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab</i>	3	NOTE
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol 100 mg tab, 300 mg tab</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	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	AP, LC (2.4 cada 30 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TERIPARATIDE (RECOMBINANT) 620 MCG/2.48ML SOLN PEN	5	AP, UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	AP, LC (1.56 cada 30 OVER TIME), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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	AP, LC (1 cada 180 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME), UB
<i>risedronate sodium 35 mg tab, 35 mg tab dr</i>	3	LC (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
<i>risedronate sodium 5 mg tab, 30 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	AP, 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	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA 2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
ORLADEYO 110 MG CAP, 150 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
TAVNEOS 10 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.8 cada 28 OVER TIME), UB
AMJEVITA 40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME), UB
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME), UB
HADLIMA 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.4ML SOLN -INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML SOLN -INJ	5	AP, LC (8 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
<i>leflunomide 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	
RIDAURA 3 MG CAP	5	
STELARA 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION	5	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME), UB
STELARA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME), UB
TALTZ 80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
TYENNE 162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE)
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
XELJANZ 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XELJANZ XR 11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

IMMUNOMODULATORY AGENTS

ACTIMMUNE 2000000 UNIT/0.5ML SOLUTION	5	AP, UB, NOTE
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/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>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<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

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
IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS		
ASTAGRAF XL 0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H	4	AP, ST, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>azathioprine 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
BENLYSTA 200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE
<i>cyclosporine 25 mg cap, 100 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>cyclosporine modified 25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, 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	AP, ST, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>engraf 100 mg cap</i>	3	AP, UB, NOTE
<i>engraf 25 mg cap, 100 mg/ml solution</i>	3	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
LUPKYNIS 7.9 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mycophenolate mofetil 200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab</i>	3	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), 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
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	3	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), UB, NOTE
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), UB, NOTE
PROGRAF 0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET	4	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
REZUROCK 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>sirolimus 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab</i>	4	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	5	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), UB, NOTE
<i>tacrolimus 0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap</i>	2	AP, BVD (IMMUNOSUPPRESSANTS), NOTE

OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
<i>betaine powder</i>	5	
CYSTAGON 50 MG CAP, 150 MG CAP	4	AP
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FILSPARI 200 MG TAB, 400 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
FIRDAPSE 10 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 1 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s)), UB
ISTURISA 5 MG TAB	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>l-glutamine -gutamine 5 gm packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>metyrosine 250 mg cap</i>	5	AP
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	5	AP, LC (67.8 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>nitisinone 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap</i>	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
NITYR 2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1500 cada 30 dia(s))
PYRUKYND 5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
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	AP, LC (56 cada 28 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg packet, 100 mg tab, 500 mg packet</i>	5	AP
TEGSEDI 284 MG/1.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
VOXZOGO 0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), BVD (Injectable/INFUSIBLE), NOTE

PROTECTIVE AGENTS

ELMIRON 100 MG CAP	4	
MESNEX 400 MG TAB	5	UB

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>	3	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	3	UB
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.5 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME), BVD (Injectable/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
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN -INJ	5	AP, 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	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME), BVD (Inyectable/INFUSIBLE), UB, NOTE
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME), NOTE
XOLAIR 300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NOTE
XOLAIR XOLIR 150 MG/ML SOLN - INJ	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
XOLAIR XOLIR 75 MG/0.5ML SOLN - INJ	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), UB, NOTE
<i>zafirlukast 10 mg tab, 20 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)

<i>azelastine-fluticasone -137-50 mcg/act suspension</i>	4	TE, LC (23 cada 30 OVER TIME), UB
<i>cromolyn sodium 20 mg/2ml nebu soln</i>	3	AP, BVD (inhalación), UB, NOTE

ANTIFIBROTIC AGENTS

OFEV 100 MG CAP, 150 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 267 mg cap, 267 mg tab</i>	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s)), UB
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	AP, 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	AP, 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
ORKAMBI 100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ORKAMBI 75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

MUCOLYTIC AGENTS

BRONCHITOL 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s)), UB
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s)), UB
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s)), BVD (inhalación), UB, NOTE

VASODILATING AGENTS

ADEMPAS 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>ambrisentan 5 mg tab, 10 mg tab</i>	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s)), NOTE, SUM7 (Excluded from Auto Extension)
<i>bosentan 62.5 mg tab, 125 mg tab</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
OPSUMIT 10 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s)), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
WINREVAIR 2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT	5	AP, BVD (Inyectable/INFUSIBLE), NOTE

AGENTES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTI-INFECTIVES

<i>acyclovir 5 % ointment</i>	3	UB
<i>benzoyl peroxide-erythromycin -5-3 % gel</i>	3	UB
<i>ciclopirox 0.77 % gel, 1 % shampoo</i>	3	UB
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	3	UB, NM (No-Mantenimiento)
<i>ciclopirox olamine 0.77 % cream, 0.77 % suspension</i>	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
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -1-5 % gel</i>	3	TE, UB
<i>clindamycin phos-benzoyl perox -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>	3	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>	3	UB
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	3	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>	3	UB
<i>ivermectin ivermectin 1 % cream, ivermectin 1 % cream</i>	3	TE, LC (45 cada 30 OVER TIME), UB
<i>ketoconazole 2 % cream, 2 % shampoo</i>	3	UB
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>metronidazole 0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion</i>	3	UB
<i>metronidazole 1 % gel</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), UB
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	3	UB
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	3	UB
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	3	UB
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>nystatin 100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment</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>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>nystatin-triamcinolone -100000-0.1 unit/gm-% cream, -100000-0.1 unit/gm-% ointment</i>	3	UB
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	2	UB
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	3	UB
<i>penciclovir 1 % cream</i>	4	UB
<i>permethrin 5 % cream</i>	3	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>	3	UB
<i>terconazole 0.4 %, 0.8 %</i>	3	UB
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	3	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	3	UB

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>ala-cort -2.5 % cream</i>	2	UB
<i>alclometasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	3	UB
<i>betamethasone dipropionate 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	UB
<i>betamethasone dipropionate aug 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	UB
<i>betamethasone valerate 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.12 % foam</i>	3	UB
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % ointment</i>	4	UB
<i>calcipotriene-betameth diprop -0.005-0.064 % suspension</i>	3	UB
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	3	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>	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
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	3	LC (125 cada 14 OVER TIME), UB
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	3	UB
<i>desonide 0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment</i>	3	UB
<i>desoximetasone 0.25 % cream, 0.25 % ointment</i>	4	UB
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), UB
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	3	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>	3	UB
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	3	UB
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	3	UB
<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>	3	UB
<i>fluticasone propionate 0.005 % ointment, 0.05 % cream</i>	2	UB
<i>halobetasol propionate 0.05 % cream, 0.05 % ointment</i>	3	UB
<i>hydrocortisone (perianal) 1 %, 2.5 %</i>	2	UB
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	3	
<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

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>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>	3	UB
<i>acitretin 10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>adapalene 0.1 % cream, 0.3 % gel</i>	3	TE, UB
ADBRY 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
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>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME), UB
AZELEX 20 % CREAM	4	TE, UB
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	AP, UB
<i>calcipotriene calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution</i>	3	UB
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	3	UB
CIBINQO 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB	5	AP, 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>	3	TE, UB
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), UB, SUM7 (Excluded from Auto Extension)

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
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME), SUM7 (Excluded from Auto Extension)
FILSUVEZ 10 % GEL	5	AP, UB
FINACEA 15 % FOAM	4	
<i>fluorouracil fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution</i>	3	UB
HYFTOR 0.2 % GEL	5	AP
<i>imiquimod 5 % cream</i>	3	UB
<i>isotretinoin 10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap</i>	3	UB
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	3	
METHOXSALLEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s)), UB
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	4	TE, UB
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	UB
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	UB
<i>tacrolimus 0.03 %, 0.1 %</i>	3	LC (100 cada 30 OVER TIME), UB
<i>tazarotene 0.05 % gel, 0.1 % gel</i>	4	UB
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	3	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>	3	UB
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	3	TE, UB
<i>tretinoin microsphere 0.04 % gel, 0.1 % gel</i>	4	TE, UB
<i>tretinoin microsphere pump pump 0.04 % gel, pump 0.1 % gel</i>	4	TE, UB
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	AP, 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>	3	UB
<i>zenatane 30 mg cap</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
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>	3	
<i>dermacinrx empricaine 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>dermacinrx prizopak 2.5-2.5 % kit</i>	3	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE -1-1 % CREAM	3	UB
<i>lidocaine 5 % patch</i>	3	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	3	UB
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % cream</i>	3	UB
<i>lidocaine-prilocaine -2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>lidocan 5 % patch</i>	3	
<i>livixil pak 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	3	

RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>darifenacin hydrobromide er er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er</i>	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
<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>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), UB
<i>tropium chloride 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tropium chloride er 60 mg cap 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>roflumilast 250 mcg tab, 500 mcg tab</i>	3	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>	3	

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

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
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
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

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
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
<i>paricalcitol 1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap</i>	3	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	

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
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	
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	

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
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	
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

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
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	
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	

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
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
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	

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
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	
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	

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
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	13	alfuzosin hcl er	37
abacavir sulfate-lamivudine	13	aliskiren fumarate	48
ABILIFY ASIMTUFII	66	allopurinol	107
ABILIFY MANTENA	66	ALOGLIPTIN BENZOATE	92
abiraterone acetate	21	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL	92
ABRYSSVO	32	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	92
acamprosate calcium	106	ALOMIDE	84
acarbose	92	alosetron hcl	85
accutane	118	ALPHAGAN P	84
acebutolol hcl	44	alprazolam	64
acetaminophen-codeine	51	alprazolam er	64
acetazolamide	108	ALPRAZOLAM INTENSOL	64
acetazolamide er	108	alprazolam xr	64
acetic acid	85	ALTOPREV	42
acetylcysteine	107	ALTRENO	118
acitretin	118	ALUNBRIG	21
ACTHIB	32	amantadine hcl	13
ACTIMMUNE	109	ambrisentan	114
acyclovir	13,114	amethia	97
acyclovir sodium	13	amikacin sulfate	1
ADACEL	31	amiloride hcl	77
adapalene	118	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	77
adapalene-benzoyl peroxide	118	amiodarone hcl	47
ADBRY	118	amitriptyline hcl	66
adefovir dipivoxil	13	AMJEVITA	108
ADEMPAS	114	amlodipine besy-benazepril hcl	45
agoneaze	120	amlodipine besylate	45
AJOVY	61	amlodipine besylate-valsartan	45
ak-poly-bac	80	amlodipine-atorvastatin	43
AKEEGA	21	amlodipine-olmesartan	46
ala-cort	116	ammonium lactate	118
albendazole	1	amnesteem	118
albuterol sulfate	37	amoxapine	66
albuterol sulfate hfa	37	AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ	1
ALBUTEROL SULFATE HFA	37	amoxicillin	1
alclometasone dipropionate	116	amoxicillin-pot clavulanate	1
ALECENSA	21	amphetamine-dextroamphetamine	55
alendronate sodium	107	amphetamine-amphetamine	55
		AMPHOTERICIN B	9
		amphotericin b liposome	9
		ampicillin	1
		AMPICILLIN SODIUM	1
		ampicillin-sulbactam sodium	2
		anagrelide hcl	39
		anastrozole	101
		ANORO ELLIPTA	34
		ANZEMET	86
		APLENZIN	66
		apomorphine hcl	62
		APRACLONIDINE HCL	85
		aprepitant	86
		apri	97
		APTIOM	56
		APTIVUS	13
		AQ INSULIN SYRINGE	121
		AQINJECT PEN NEEDLE	121
		aranelle	97
		ARANESP (ALBUMIN FREE)	40
		ARCALYST	111
		AREXVY	32
		arformoterol tartrate	37
		ARIKAYCE	2
		aripiprazole	67
		ARISTADA	67
		ARISTADA INITIO	67
		armodafinil	55
		ARNUITY ELLIPTA	82
		ascomp-codeine	51
		asenapine maleate	67
		ASMANEX (120 METERED DOSES)	90
		ASMANEX (30 METERED DOSES)	90
		ASMANEX (60 METERED DOSES)	90
		ASMANEX HFA	90

aspirin-dipyridamole er	50	baclofen	36	BIKTARVY	13
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	121	BAL-CARE DHA	123	bimatoprost	84
ASTAGRAF XL	110	balsalazide disodium	85	bis subcit-metronid-tetracycl	86
ATABEX EC	123	BALVERSA	22	bismuth/metronidaz/tetracyclin	86
atazanavir sulfate	13	balziva	97	bisoprolol fumarate	44
atenolol	44	BAQSIMI ONE PACK	97	bisoprolol-hydrochlorothiazide	44
atenolol-chlorthalidone	44	BAQSIMI TWO PACK	97	BIVIGAM	30
atomoxetine hcl	65	BARACLUDGE	13	blisovi fe 1.5/30	97
atorvastatin calcium	43	BAXDELA	2	BOOSTRIX	31
atovaquone	12	BCG VACCINE	32	bosentan	114
atovaquone-proguanil hcl	12	BD PEN NEEDLE NANO U/F	122	BOSULIF	22
ATROVENT HFA	34	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	122	BRAFTOVI	22
AUGTYRO	22	BELMORA	64	BREO ELLIPTA	37
AUSTEDO	75	benazepril hcl	48	breyana	38
AUSTEDO XR	75	benazepril-hydrochlorothiazide	49	BREZTRI AEROSPHERE	34
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION	75	BENLYSTA	110	briellyn	97
AUVELITY	67	benzoyl peroxide-erythromycin	114	BRILINTA	39
AUVI-Q	37	bepotastine besilate	84	brimonidine tartrate	84
aviane	97	BESIVANCE	81	brinzolamide	84
AYVAKIT	22	BESREMI	109	BRIVIACT	56
AZASITE	80	betaine	111	bromfenac sodium (once-daily)	82
azathioprine	110	betamethasone dipropionate	116	bromocriptine mesylate	62
azelaic acid	118	betamethasone dipropionate aug	116	BRONCHITOL	114
azelastine hcl	84	betamethasone valerate	116	BRONCHITOL TOLERANCE TEST	114
azelastine-fluticasone	113	betaxolol hcl	44	BRUKINSA	22
AZELEX	118	BETAXOLOL HCL	84	budesonide	90
AZESCHEW PRENATAL/POSTNATAL	123	bethanechol chloride	35	budesonide er	85
AZESCO	123	BETOPTIC-S	84	budesonide-formoterol fumarate	38
azithromycin	2	BEVESPI AEROSPHERE	34	bumetanide	77
aztreonam	2	bexarotene	22,118	buprenorphine	52
azurette	97	BEXSERO	32	buprenorphine hcl	52
B		bicalutamide	22	buprenorphine hcl-naloxone hcl	52
bac	51	BICILLIN C-R	2	bupropion hcl	67
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	80	BICILLIN C-R 900/300	2	bupropion hcl er (smoking det)	67
BACITRACIN	80	BICILLIN L-A	2	bupropion hcl er (sr)	67
bacitracin-polymyxin b	81			bupropion hcl er (xl)	67
				buspironone hcl	64
				butalbital-apap-caff-cod	52

butalbital-apap-caffeine	52	cefdinir	3	CITRANATAL B-CALM	123
butalbital-asa-caff-codeine	52	cefepime hcl	3	CITRANATAL DHA	124
butalbital-aspirin-caffeine	52	cefixime	3	CITRANATAL HARMONY	124
C		cefoxitin sodium	3	CITRANATAL RX	124
C-NATE DHA	123	cefpodoxime proxetil	3	claravis	118
cabergoline	62	cefprozil	3	clarithromycin	4
CABLIVI	39	ceftazidime	3	clarithromycin er	4
CABOMETYX	22	ceftriaxone sodium	4	CLENPIQ	87
calcipotriene	118	cefuroxime axetil	4	CLEOCIN	115
calcipotriene-betameth		cefuroxime sodium	4	clindamycin hcl	4
diprop	116	celecoxib	52	clindamycin palmitate hcl	4
calcitonin (salmon)	104	cephalexin	4	clindamycin phos-benzoyl	
CALCITRIOL	118	cetirizine hcl	21	perox	115
calcitriol	123	cevimeline hcl	36	clindamycin phosphate	115
CALQUENCE	22	CHEMET	89	clindamycin phosphate in d5w	4
camila	97	CHENODAL	88	CLINIMIX E/DEXTROSE	
candesartan cilexetil	49	chlorhexidine gluconate	81	(2.75/5)	75
candesartan cilexetil-hctz	49	chloroquine phosphate	12	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPLYTA	67	chlorpromazine hcl	67	(4.25/10)	76
CAPRELSA	22	CHLORPROMAZINE HCL	67	CLINIMIX E/DEXTROSE	
captopril	49	chlorthalidone	77	(4.25/5)	76
carbamazepine	56	CHOLBAM	89	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine er	56	cholestyramine	43	(5/15)	76
carbidopa	62	cholestyramine light	43	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARBIDOPA-LEVODOPA	62	CIBINQO	118	(5/20)	76
carbidopa-levodopa er	63	ciclopirox	114	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa-		ciclopirox olamine	114	(8/10)	76
entacapone	63	cilostazol	39	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carglumic acid	75	CILOXAN	81	(8/14)	76
carisoprodol	36	CIMDUO	14	CLINIMIX/DEXTROSE	
CARTEOLOL HCL	44	cimetidine	86	(4.25/10)	76
cartia xt	46	cinacalcet hcl	104	CLINIMIX/DEXTROSE	
carvedilol	44	CIPRO HC	81	(4.25/25)	76
carvedilol phosphate er	44	ciprofloxacin hcl	4,81	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	76
caspofungin acetate	9	ciprofloxacin in d5w	4	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	76
CAYSTON	3	ciprofloxacin-dexamethasone	81	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	76
CEFACLOR	3	citalopram hydrobromide	67,68	CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	76
CEFACLOR ER	3	CITALOPRAM		CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	76
cefadroxil	3	HYDROBROMIDE	68	CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	76
cefazolin sodium	3	CITRANATAL 90 DHA	123	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	76
		CITRANATAL ASSURE	123	clinisol sf	76

clobazam.....	57	cromolyn sodium.....	112,113	desogestrel-ethinyl estradiol...	97
clobetasol prop emollient base.....	116	CROMOLYN SODIUM.....	112	desonide.....	117
clobetasol propionate ..	116,117	cryselle-28.....	97	desoximetasone.....	117
clobetasol propionate e.....	117	cyclobenzaprine hcl.....	36	DESVENLAFAXINE ER.....	68
clomipramine hcl.....	68	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	22	desvenlafaxine succinate er...	68
clonazepam.....	57	cyclosporine.....	82,110	dexamethasone.....	90
clonidine.....	48	cyclosporine modified.....	110	DEXAMETHASONE.....	90
clonidine hcl.....	48	cyproheptadine hcl.....	21	DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE.....	82
clonidine hcl er.....	48	CYSTADROPS.....	85	dexmethylphenidate hcl er....	55
clopidogrel bisulfate.....	39	CYSTAGON.....	111	dextroamphetamine sulfate....	55
clorazepate dipotassium....	64	CYSTARAN.....	85	dextroamphetamine sulfate er.	55
clotrimazole.....	115	D		dextrose.....	76
clotrimazole- betamethasone.....	115	dabigatran etexilate mesylate.	39	dextrose-nacl.....	78
clozapine.....	68	dalfampridine er.....	111	dextrose-sodium chloride.....	78
CO-NATAL FA.....	124	DALVANCE.....	4	DIACOMIT.....	57
COARTEM.....	12	danazol.....	91	diazepam.....	64
colchicine.....	107	dantrolene sodium.....	36	diazepam intensol.....	64
colchicine-probenecid.....	80	dapsone.....	11,118	diazoxide.....	97
colesevelam hcl.....	43	DAPTACEL.....	31	diclofenac potassium.....	52
colestipol hcl.....	43	daptomycin.....	5	diclofenac potassium(migraine)	52
colistimethate sodium (cba)...	4	darifenacin hydrobromide er.	120	diclofenac sodium.....	52,82,117
COMBIGAN.....	84	darunavir.....	14	diclofenac sodium er.....	52
COMBIVENT RESPIMAT....	34	DAURISMO.....	22,23	dicloxacillin sodium.....	5
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	22	deferasirox.....	89	dicyclomine hcl.....	34
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	22	deferasirox granules.....	89	DIFICID.....	5
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	22	deferiprone.....	89	diflunisal.....	52
COMPLERA.....	14	DELSTRIGO.....	14	difluprednate.....	82
COMPLETE NATAL DHA...	124	DEPO-ESTRADIOL.....	101	digoxin.....	47
COMPLETENATE.....	124	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	104	dihydroergotamine mesylate...	37
compro.....	68	depo-testosterone.....	91	DILANTIN.....	57
constulose.....	75	dermacinrx empricaine.....	120	DILANTIN INFATABS.....	57
COPIKTRA.....	22	DERMACINRX PRETRATE...	124	dilt-xr.....	46
CORLANOR.....	47	dermacinrx prizopak.....	120	diltiazem hcl.....	46
COTELLIC.....	22	DESCOVY.....	14	diltiazem hcl er.....	46
CREON.....	88	desipramine hcl.....	68	diltiazem hcl er beads.....	46
CRINONE.....	104	desloratadine.....	21	diltiazem hcl er coated beads..	46
		desmopressin ace spray refrig.....	104	dimethyl fumarate.....	109
		desmopressin acetate.....	104	dimethyl fumarate starter pack.....	109
				DIPENTUM.....	85

diphenoxylate-atropine.....	34	dutasteride-tamsulosin hcl....	37	EQUETRO.....	57
DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	34	E		ERGOLOID MESYLATES.....	37
DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS DT.....	32	econazole nitrate.....	115	ERIVEDGE.....	23
disulfiram.....	107	EDARBYCLOR.....	49	ERLEADA.....	23
DIURIL.....	77	EDURANT.....	14	errin.....	98
divalproex sodium.....	57	efavirenz.....	14	ertapenem sodium.....	5
divalproex sodium er.....	57	efavirenz-emtricitab-tenofo df.	14	ERY.....	115
dofetilide.....	47	efavirenz-lamivudine-tenofovir	14	erythrocin lactobionate.....	5
dolishale.....	97	eletriptan hydrobromide.....	61	erythromycin.....	5,81,115
donepezil hcl.....	36	ELIGARD.....	103	erythromycin base.....	5,6
DOPTelet.....	41	ELIQUIS.....	39	erythromycin ethylsuccinate....	6
dorzolamide hcl.....	84	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	39	erythromycin lactobionate.....	6
dorzolamide hcl-timolol mal.	84	ELMIRON.....	112	escitalopram oxalate.....	68
dorzolamide hcl-timolol mal pf.....	84	eluryng.....	97	esomeprazole magnesium.....	87
dotti.....	101	EMGALITY.....	61	ESSENTRA WIPES 9X9".....	122
DOVATO.....	14	EMGALITY (300 MG DOSE).....	61	estarylla.....	98
doxazosin mesylate.....	42	EMSAM.....	68	estradiol.....	101,102
doxepin hcl.....	68	emtricitabine.....	14	estradiol-norethindrone acet....	98
doxercalciferol.....	123	emtricitabine-tenofovir df.....	14	eszopiclone.....	64
doxy 100.....	5	EMTRIVA.....	14	ethacrynic acid.....	77
doxycycline hyclate.....	5	enalapril maleate.....	49	ethambutol hcl.....	11
doxycycline monohydrate.....	5	enalapril-hydrochlorothiazide.	49	ethosuximide.....	57
DRIZALMA SPRINKLE.....	68	ENGERIX-B.....	32	ethynodiol diac-eth estradiol...	98
dronabinol.....	86	enilloring.....	98	etodolac.....	53
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE.....	122	enoxaparin sodium.....	39	etodolac er.....	53
drosipren-eth estrad-levomefol.....	97	ENSPRYNG.....	110	etonogestrel-ethinyl estradiol..	98
drosiprenone-ethinyl estradiol.....	97	ENSTILAR.....	117	etravirine.....	15
DROXIA.....	23	entacapone.....	63	EUCRISA.....	117
droxidopa.....	38	entecavir.....	15	euthyrox.....	105
DUAVEE.....	101	ENTRESTO.....	49	EVENITY.....	107
DUET DHA 400.....	124	enulose.....	75	everolimus.....	23
DUET DHA BALANCED.....	124	ENVARsus XR.....	110	EVOTAZ.....	15
duloxetine hcl.....	68	EPIDIOLEX.....	57	exemestane.....	102
DUPIXENT.....	118,119	EPINEPHRINE.....	38	ezetimibe.....	43
dutasteride.....	106	epinephrine.....	38	ezetimibe-simvastatin.....	43
		epitol.....	57	F	
		eplerenone.....	49	famciclovir.....	15
		EPOGEN.....	41	famotidine.....	87
		EPRONTIA.....	57	FANAPT.....	69

FANAPT TITRATION PACK	69	fluocinonide emulsified base	117
FARXIGA	92	fluorometholone	82
FASENRA	112	fluorouracil	119
FASENRA PEN	113	fluoxetine hcl	69
febuxostat	107	FLUOXETINE HCL	69
felbamate	57	FLUOXETINE HCL (PMDD)	69
felodipine er	46	fluphenazine decanoate	69
FEMRING	102	FLUPHENAZINE HCL	69
fenofibrate	43	fluphenazine hcl	69
fenofibrate micronized	43	flurbiprofen	53
fenofibric acid	43	FLURBIPROFEN SODIUM	82
fenoprofen calcium	53	fluticasone propionate	82,117
fenanyl	53	FLUTICASONE PROPIONATE	82
fenanyl citrate	53	DISKUS	82
FERRIPROX	90	FLUTICASONE PROPIONATE	82
fesoterodine fumarate er	121	HFA	83
FETZIMA	69	fluticasone-salmeterol	38
FETZIMA TITRATION	69	FLUTICASONE-	
FILSPARI	111	SALMETEROL	38
FILSUVEZ	119	fluvastatin sodium	43
FINACEA	119	fluvoxamine maleate	69
finasteride	106	fluvoxamine maleate er	69
fingolimod hcl	109	FML FORTE	83
FINTEPLA	58	FOLET DHA	124
FIRDAPSE	111	fondaparinux sodium	39
FIRMAGON	103	formoterol fumarate	38
FIRMAGON (240 MG DOSE)	103	fosamprenavir calcium	15
FIRVANQ	6	fosfomycin tromethamine	20
FLAREX	82	fosinopril sodium	49
flavoxate hcl	121	fosinopril sodium-hctz	49
flecainide acetate	47	FOTIVDA	23
fluconazole	9	frovatriptan succinate	61
fluconazole in sodium chloride	9	FRUZAQLA	23
flucytosine	10	FULPHILA	41
fludrocortisone acetate	90	furosemide	48,77
flunisolide	82	FUROSEMIDE	77
fluocinolone acetonide	82,117	FUZEON	15
fluocinolone acetonide scalp	117	fyavolv	98
fluocinonide	117	FYCOMPA	58
		FYLNETRA	41

G

gabapentin	58
galantamine hydrobromide	36
GALANTAMINE HYDROBROMIDE	36
galantamine hydrobromide er	36
GAMMAGARD	31
GAMMAGARD S/D LESS IGA	31
GAMMAKED	31
GAMMAPLEX	31
GAMUNEX-C	31
GARDASIL 9	32
gatifloxacin	81
GAVILYTE-C	87
gavilyte-g	87
gavilyte-n with flavor pack	87
GAVRETO	23
gefitinib	23
gemfibrozil	43
GEMTESA	121
generlac	75
gengraf	110
GENOTROPIN	105
GENOTROPIN MINIQUICK	104
GENTAMICIN IN SALINE	6
gentamicin sulfate	6,81,115
GENVOYA	15
GILOTRIF	23
glatiramer acetate	109
glatopa	109
GLEOSTINE	23
glimepiride	92
glipizide	92
glipizide er	92
glipizide xl	92
glipizide-metformin hcl	92
GLUCAGON EMERGENCY	97
glucose	76
glyburide-metformin	92
glycopyrrolate	34

GLYXAMBI.....	92	hydrocortisone.....	90,117	INQOVI.....	24
granisetron hcl.....	86	hydrocortisone (perianal)....	117	INREBIC.....	24
GRANIX.....	41	HYDROCORTISONE ACE-		INSULIN ASP PROT & ASP	
griseofulvin microsize.....	10	PRAMOXINE.....	120	FLEXPEN.....	93
griseofulvin ultramicrosize....	10	hydrocortisone-acetic acid....	83	INSULIN ASPART.....	93
guanfacine hcl er.....	65	hydromorphone hcl.....	53	INSULIN ASPART FLEXPEN....	93
		hydroxychloroquine sulfate....	12	INSULIN ASPART PENFILL....	93
		hydroxyurea.....	23	INSULIN ASPART PROT &	
H		hydroxyzine hcl.....	64	ASPART.....	93
HADLIMA.....	108	hydroxyzine pamoate.....	64	INSULIN DEGLUDEC.....	93
HADLIMA PUSH TOUCH....	108	HYFTOR.....	119	INSULIN DEGLUDEC	
HAEGARDA.....	108			FLEXTOUCH.....	93
hailey 24 fe.....	98	I		INSULIN LISPRO.....	93
halobetasol propionate.....	117	ibandronate sodium.....	107	INSULIN LISPRO (1 UNIT	
haloette.....	98	IBRANCE.....	23	DIAL).....	93
haloperidol.....	69	ibu.....	53	INSULIN LISPRO JUNIOR	
haloperidol decanoate.....	69	ibuprofen.....	53	KWIKPEN.....	94
haloperidol lactate.....	70	icatibant acetate.....	108	INSULIN LISPRO PROT &	
HAVRIX.....	32	iclevia.....	98	LISPRO.....	94
heather.....	98	ICLUSIG.....	23	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
HEMADY.....	90	icosapent ethyl.....	43	100.....	122
heparin sodium (porcine)....	39	IDHIFA.....	23	INTELENCE.....	15
heparin sodium (porcine) pf....	40	ILEVRO.....	83	INTRAROSA.....	90
HEPLISAV-B.....	32	imatinib mesylate.....	24	introvale.....	98
HETLIOZ LQ.....	64	IMBRUVICA.....	24	INVEGA HAFYERA.....	70
HIBERIX.....	32	imipenem-cilastatin.....	6	INVEGA SUSTENNA.....	70
HUMALOG.....	92	imipramine hcl.....	70	INVEGA TRINZA.....	70
HUMALOG JUNIOR		imipramine pamoate.....	70	IOPIDINE.....	85
KWIKPEN.....	93	imiquimod.....	119	IPOL.....	33
HUMALOG KWIKPEN.....	93	IMOVAX RABIES.....	33	ipratropium bromide.....	35,85
HUMALOG MIX 50/50		IMPAVIDO.....	12	ipratropium-albuterol.....	35
KWIKPEN.....	93	IMVEXXY MAINTENANCE		irbesartan.....	49
HUMALOG MIX 75/25.....	93	PACK.....	102	irbesartan-hydrochlorothiazide	49
HUMALOG MIX 75/25		IMVEXXY STARTER PACK.....	102	ISENTRESS.....	15
KWIKPEN.....	93	INATAL GT.....	124	ISENTRESS HD.....	15
HUMULIN R U-500		INCRELEX.....	105	ISOLYTE-P IN D5W.....	77
(CONCENTRATED).....	93	INCRUSE ELLIPTA.....	35	ISOLYTE-S PH 7.4.....	78
HUMULIN R U-500		indapamide.....	77	isoniazid.....	11
KWIKPEN.....	93	indomethacin.....	53	isosorbide dinitrate.....	50
hydralazine hcl.....	48	INFANRIX.....	32	isosorbide mononitrate.....	50
hydrochlorothiazide.....	77	INLYTA.....	24	isosorbide mononitrate er....	51
hydrocodone-acetaminophen	53				

isotretinoin	119	ketoconazole	10,115	LAMPIT	12
isradipine	46	ketorolac tromethamine	83	lansoprazole	87
ISTURISA	111	KEVEYIS	108	LANTUS	94
itraconazole	10	KINRIX	32	LANTUS SOLOSTAR	94
ivabradine hcl	48	kionex	78	lapatinib ditosylate	24
ivermectin	1,115	KISQALI (200 MG DOSE)	24	latanoprost	84
IWILFIN	24	KISQALI (400 MG DOSE)	24	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	16
IXCHIQ	33	KISQALI (600 MG DOSE)	24	leflunomide	109
IXIARO	33	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	24	lenalidomide	25
J		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	24	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	25
JAKAFI	24	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	24	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	25
jantoven	40	klayesta	115	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	25
JANUMET	94	klor-con	79	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	25
JANUMET XR	94	klor-con 10	79	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	25
JANUVIA	94	klor-con m10	79	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	25
JARDIANCE	94	klor-con m15	79	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	25
jasmiel	98	klor-con m20	79	lessina	98
JAYPIRCA	24	KOSELUGO	24	letrozole	102
JENTADUETO	94	KOSHER PRENATAL PLUS IRON	124	leucovorin calcium	107
JENTADUETO XR	94	kourzeq	83	LEUKINE	41
jinteli	98	KRAZATI	24	leuprolide acetate	103
JULUCA	15	KRINTAFEL	12	LEUPROLIDE ACETATE	103
junel 1.5/30	98	L		levalbuterol hcl	38
junel 1/20	98	l-glutamine	111	LEVALBUTEROL TARTRATE	38
junel fe 1.5/30	98	labetalol hcl	45	levetiracetam	59
junel fe 1/20	98	lacosamide	58	levetiracetam er	59
junel fe 24	98	lactulose	75	LEVOBUNOLOL HCL	84
JUXTAPID	43	lactulose encephalopathy	75	levocetirizine dihydrochloride	21
JYNARQUE	77	LAMICTAL ODT	58	levofloxacin	6
JYNNEOS	33	lamivudine	16	LEVOFLOXACIN	81
K		lamivudine-zidovudine	16	levofloxacin in d5w	6
KALYDECO	113	lamotrigine	58	levonest	98
kariva	98	lamotrigine er	58,59		
kcl in dextrose-nacl	79	lamotrigine starter kit-blue	59		
KCL-LACTATED RINGERS-D5W	79	lamotrigine starter kit-green	59		
kelnor 1/35	98	lamotrigine starter kit-orange	59		
kelnor 1/50	98				
KERENDIA	49				

levonorg-eth estrad triphasic.	98	loteprednol etabonate	83	MARATHON MEDICAL	
levonorgest-eth estrad 91- day	99	lovastatin	43	PENTIPS	122
levonorgestrel-ethinyl estrad	99	loxapine succinate	71	maraviroc	16
levora 0.15/30 (28)	99	lubiprostone	89	marlissa	99
levothyroxine sodium	105	LUCEMYRA	38	MARNATAL-F	124
levoxyl	106	LUMAKRAS	25	MARPLAN	71
LIBERVANT	59	LUMIGAN	84	MATULANE	25
lidocaine	120	LUPKYNIS	110	matzim la	46
lidocaine viscous hcl	120	LUPRON DEPOT (1- MONTH)	103	MAVYRET	16
lidocaine-prilocaine	120	LUPRON DEPOT (3- MONTH)	103	MAXIDEX	83
lidocan	120	LUPRON DEPOT (4- MONTH)	103	MECLOFENAMATE SODIUM	53
LILETTA (52 MG)	99	LUPRON DEPOT (6- MONTH)	103	medroxyprogesterone acetate	104
linezolid	6,7	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH)	103	mefloquine hcl	12
LINZESS	89	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH)	103	megestrol acetate	104
liothyronine sodium	106	lurasidone hcl	71	MEKINIST	26
lisdexamfetamine dimesylate	55	lutera	99	MEKTOVI	26
lisinopril	49	LYBALVI	71	meloxicam	53
lisinopril-hydrochlorothiazide	49	lyleq	99	memantine hcl	65
lithium	70	lyllana	102	memantine hcl er	65
lithium carbonate	71	LYNPARZA	25	MENACTRA	33
lithium carbonate er	70	LYSODREN	25	MENQUADFI	33
livixil pak	120	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	25	MENVEO	33
LIVTENCITY	16	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	25	mercaptapurine	26
LO LOESTRIN FE	99	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	25	meropenem	7
loestrin 1.5/30 (21)	99	M		merzee	99
loestrin 1/20 (21)	99	M-M-R II	33	mesalamine	85
loestrin fe 1.5/30	99	M-NATAL PLUS	124	mesalamine er	85
loestrin fe 1/20	99	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	122	MESNEX	112
LOKELMA	78	magnesium sulfate	59	metaxalone	36
LONSURF	25			metformin hcl	94
loperamide hcl	86			metformin hcl er	94
lopinavir-ritonavir	16			methadone hcl	54
lorazepam	65			methazolamide	84
lorazepam intensol	65			methenamine hippurate	20
LORBRENA	25			methimazole	106
loryna	99			methocarbamol	36
losartan potassium	49			methotrexate sodium	26
losartan potassium-hctz	50			METHOTREXATE SODIUM	26
LOTEMAX	83			methotrexate sodium (pf)	26
LOTEMAX SM	83			METHOXSALLEN RAPID	119
				methscopolamine bromide	35

methsuximide.....	59	MONOJECT ULTRA COMFORT	naproxen.....	54	
methylphenidate.....	55	SYRINGE.....	naproxen sodium.....	54	
methylphenidate hcl.....	55	montelukast sodium.....	naratriptan hcl.....	61	
methylphenidate hcl er.....	56	morphine sulfate.....	NATACHEW.....	124	
methylphenidate hcl er (cd).....	55	morphine sulfate er.....	NATALVIT.....	124	
methylphenidate hcl er (la).....	56	MOTEGRITY.....	nateglinide.....	95	
methylphenidate hcl er (osm).....	56	MOUNJARO.....	NAYZILAM.....	65	
methylprednisolone.....	90	MOVANTIK.....	nebivolol hcl.....	45	
METOCLOPRAMIDE HCL.....	89	moxifloxacin hcl.....	7,81	necon 0.5/35 (28).....	99
metoclopramide hcl.....	89	MOXIFLOXACIN HCL IN	NEFAZODONE HCL.....	71	
metolazone.....	77	NACL.....	7	neomycin sulfate.....	7
metoprolol succinate er.....	45	MRESVIA.....	33	neomycin-bacitracin zn-	
metoprolol tartrate.....	45	MULPLETA.....	41	polymyx.....	81
metoprolol-		MULTAQ.....	48	neomycin-polymyxin-dexameth	81
hydrochlorothiazide.....	45	MULTI-MAC.....	124	NEOMYCIN-POLYMYXIN-	
metronidazole.....	12,115	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1	GRAMICIDIN.....	81	
metyrosine.....	111	PH 5.5.....	79	neomycin-polymyxin-hc.....	81
mexiletine hcl.....	48	mupirocin.....	115	NEONATAL + DHA.....	124
micafungin sodium.....	10	mupirocin calcium.....	115	NEONATAL COMPLETE.....	125
MICONAZOLE 3.....	115	MYALEPT.....	111	NEONATAL PLUS.....	125
microgestin 1.5/30.....	99	mycophenolate mofetil.....	110	NERLYNX.....	26
microgestin 1/20.....	99	mycophenolate sodium.....	110	NESTABS.....	125
microgestin 24 fe.....	99	mycophenolic acid.....	111	NESTABS DHA.....	125
microgestin fe 1.5/30.....	99	MYFEMBREE.....	103	NEULASTA.....	41
microgestin fe 1/20.....	99	MYNATAL.....	124	NEUPOGEN.....	41
midodrine hcl.....	38	MYNATAL ADVANCE.....	124	NEVANAC.....	83
mifepristone.....	94	MYNATAL PLUS.....	124	nevirapine.....	16
MIGLITOL.....	94	MYNATAL-Z.....	124	NEVIRAPINE.....	16
mili.....	99	MYNATE 90 PLUS.....	124	nevirapine er.....	16
mimvey.....	99	MYRBETRIQ.....	121	NEXA PLUS.....	125
minocycline hcl.....	7			NEXLETOL.....	43
minoxidil.....	48	N		NEXLIZET.....	43
mirtazapine.....	71	na sulfate-k sulfate-mg sulf.....	87	NEXPLANON.....	99
misoprostol.....	87	nabumetone.....	54	niacin er (antihyperlipidemic).....	44
modafinil.....	56	nadolol.....	45	nicardipine hcl.....	46
moexipril hcl.....	50	nafcillin sodium.....	7	NICOTROL.....	35
MOLINDONE HCL.....	71	nafrinse.....	124	NICOTROL NS.....	35
mometasone furoate.....	83,117	naftifine hcl.....	115	nifedipine.....	46
MONOJECT INSULIN		NALOXONE HCL.....	66	nifedipine er.....	46
SYRINGE.....	122	naloxone hcl.....	66	nifedipine er osmotic release.....	46
		naltrexone hcl.....	66	nilutamide.....	26

NINLARO	26	NOVOLOG MIX 70/30	olmesartan medoxomil	50
nisoldipine er	47	FLEXPEN	olmesartan medoxomil-hctz	50
nitazoxanide	12	NOVOLOG MIX 70/30	olmesartan-amlodipine-hctz	47
nitisinone	112	RELION	olopatadine hcl	84
NITRO-BID	51	NOVOLOG PENFILL	omega-3-acid ethyl esters	44
nitrofurantoin	20	NOVOLOG RELION	omeprazole	87
nitrofurantoin macrocrystal	20	NOXAFIL	OMNARIS	83
nitrofurantoin monohyd		NUBEQA	OMNITROPE	104,105
macro	20	NUPLAZID	ondansetron	86
nitroglycerin	51	NURTEC	ondansetron hcl	86
NITROLINGUAL	51	NUTRILIPID	ONUREG	26
NITYR	112	NUZYRA	OPSUMIT	114
NIVESTYM	41	nyamyc	ORFADIN	112
NIZATIDINE	87	nylia 1/35	ORGOVYX	103
norelgestromin-eth estradiol	99	nylia 7/7/7	ORIAHNN	102
norethin ace-eth estrad-fe	100	NYMALIZE	ORILISSA	103
norethindron-ethinyl estrad-		nymyo	ORKAMBI	114
fe	100	nystatin	ORLADEYO	108
norethindrone	100	nystatin-triamcinolone	ORSERDU	26
norethindrone acet-ethinyl		nystop	oseltamivir phosphate	17
est	100	NYVEPRIA	OSPHENA	102
norethindrone acetate	100		oxcarbazepine	59
norethindrone-eth estradiol	100	O	oxiconazole nitrate	116
norgestim-eth estrad		O-CAL PRENATAL	oxybutynin chloride	121
triphasic	100	OB COMPLETE ONE	oxybutynin chloride er	121
norgestimate-eth estradiol	100	OB COMPLETE PETITE	oxycodone hcl	54
NORPACE CR	48	OB COMPLETE PREMIER	oxycodone-acetaminophen	54
nortrel 0.5/35 (28)	100	OB COMPLETE/DHA		
nortrel 1/35 (21)	100	OBSTETRIX DHA	P	
nortrel 1/35 (28)	100	OBSTETRIX EC	pacerone	48
nortrel 7/7/7	100	OCTAGAM	paliperidone er	71
nortriptyline hcl	71	octreotide acetate	PALYNZIQ	80
NORVIR	17	ODEFSEY	PANCREAZE	88
NOVOLOG	95	ODOMZO	PANRETIN	119
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OFEV	pantoprazole sodium	87
RELION	95	ofloxacin	paricalcitol	123
NOVOLOG FLEXPEN	95	OGSIVEO	paroxetine hcl	72
NOVOLOG FLEXPEN		OJEMDA	paroxetine hcl er	72
RELION	95	OJJAARA	PAXIL	72
NOVOLOG MIX 70/30	95	olanzapine	PAXLOVID (150/100)	17
		olanzapine-fluoxetine hcl	PAXLOVID (300/100)	17

pazopanib hcl.....	26	pioglitazone hcl.....	95	pramipexole dihydrochloride... 63
PEDIARIX.....	32	pioglitazone hcl-glimepiride... 95		pramipexole dihydrochloride er.63
PEDVAX HIB.....	33	pioglitazone hcl-metformin hcl.95		prasugrel hcl.....
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl... 87		piperacillin sod-tazobactam so. 8		pravastatin sodium.....
peg-3350/electrolytes.....	87	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	27	praziquantel.....
peg-3350/electrolytes/ascorbat... 87		PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	27	prazosin hcl.....
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c. 88		PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	27	prednisolone.....
PEGASYS.....	17	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	27	prednisolone acetate.....
PEMAZYRE.....	26	pirfenidone.....	113	PREDNISOLONE SODIUM
PEN NEEDLES.....	122	PIRFENIDONE.....	113	PHOSPHATE.....
PENBRAYA.....	33	piroxicam.....	54	prednisolone sodium
penciclovir.....	116	pitavastatin calcium.....	44	phosphate.....
penicillamine.....	90	PLASMA-LYTE 148.....	79	prednisone.....
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	7	PLASMA-LYTE A.....	79	PREDNISONE.....
penicillin g potassium.....	7	plenamine.....	77	PREDNISONE INTENSOL.....
PENICILLIN G SODIUM.....	7	PLENVU.....	88	pregabalin.....
penicillin v potassium.....	8	PNV OB+DHA.....	125	PREGEN DHA.....
PENTACEL.....	32	PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA.....	125	PREGENNA.....
pentamidine isethionate.....	12	PNV TABS 20-1.....	125	PREHEVBRIO.....
PENTIPS.....	123	PNV TABS 29-1.....	125	PREMARIN.....
pentoxifylline er.....	40	PNV-DHA+DOCUSATE.....	125	PREMASOL.....
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	50	PNV-SELECT.....	125	PREMPHASE.....
perlogard.....	81	PODOFILOX.....	119	PREMPRO.....
permethrin.....	116	polymyxin b-trimethoprim.....	21	PRENA 1 TRUE.....
perphenazine.....	72	POMALYST.....	27	PRENA1.....
PERSERIS.....	72	portia-28.....	100	PRENA1 PEARL.....
PERTZYE.....	88	posaconazole.....	10	PRENAISSANCE.....
phenelzine sulfate.....	72	potassium chloride.....	79,80	PRENAISSANCE PLUS.....
phenobarbital.....	59	potassium chloride crys er....	79	PRENATAL.....
phenoxybenzamine hcl.....	37	potassium chloride er.....	79	PRENATAL 19.....
phenytoin.....	59	potassium chloride in dextrose.....	79	PRENATAL PLUS.....
phenytoin infatabs.....	59	potassium chloride in nacl....	79	PRENATAL PLUS IRON.....
phenytoin sodium extended... 60		potassium citrate er.....	80	PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL.....
PHEXXI.....	112	PR NATAL 400.....	125	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....
PIFELTRO.....	17	PR NATAL 400 EC.....	125	PRENATE DHA.....
pilocarpine hcl.....	36,84	PR NATAL 430.....	125	PRENATE ELITE.....
pimecrolimus.....	119	PR NATAL 430 EC.....	125	PRENATE ENHANCE.....
PIMOZIDE.....	72			PRENATE MINI.....
pindolol.....	45			PRENATE PIXIE.....

PRENATE RESTORE.....	126	propranolol hcl er.....	45	RASUVO.....	27
PRENATRIX.....	126	propylthiouracil.....	106	reclipsen.....	100
PRENATRYL.....	127	PROQUAD.....	33	RECOMBIVAX HB.....	33
PREPLUS.....	127	PROSOL.....	77	RECTIV.....	51
PRETAB.....	127	protriptyline hcl.....	72	RELENZA DISKHALER.....	18
PRETOMANID.....	11	PROVIDA DHA.....	127	RELEUKO.....	41
prevalite.....	44	PROVIDA OB.....	127	repaglinide.....	95
PREVYMIS.....	17	PULMOZYME.....	114	REPATHA.....	44
PREZCOBIX.....	18	PURIXAN.....	27	REPATHA PUSHTRONEX	
PREZISTA.....	18	pyrazinamide.....	11	SYSTEM.....	44
PRIFTIN.....	11	pyridostigmine bromide.....	36	REPATHA SURECLICK.....	44
prilovix.....	120	pyridostigmine bromide er.....	36	RETACRIT.....	42
prilovix lite.....	120	pyrimethamine.....	13	RETEVMO.....	27
prilovix lite plus.....	120	PYRUKYND.....	112	REVCOVI.....	80
prilovix plus.....	120	PYRUKYND TAPER PACK.....	112	REVLIMID.....	27
prilovix ultralite.....	120			REXULTI.....	72
prilovix ultralite plus.....	120	Q		REYATAZ.....	18
PRIMACARE.....	127	QELBREE.....	66	REYVOW.....	62
primaquine phosphate.....	13	QINLOCK.....	27	REZDIFFRA.....	89
PRIMIDONE.....	60	QNASL.....	83	REZLIDHIA.....	28
primidone.....	60	QNASL CHILDRENS.....	83	REZUROCK.....	111
PRIORIX.....	33	QUADRACEL.....	32	RHOPRESSA.....	84
PRIVIGEN.....	31	quetiapine fumarate.....	72	RIBAVIRIN.....	18
PRO COMFORT PEN		quetiapine fumarate er.....	72	RIDAURA.....	109
NEEDLES.....	123	quinapril hcl.....	50	rifabutin.....	11
probenecid.....	80	QUINIDINE SULFATE.....	48	rifampin.....	11
prochlorperazine.....	72	quinine sulfate.....	13	riluzole.....	66
prochlorperazine maleate.....	72	QULIPTA.....	62	risedronate sodium.....	107,108
procto-med hc.....	117			risperidone.....	72,73
proctosol hc.....	118	R		RISPERIDONE.....	72
proctozone-hc.....	118	R-NATAL OB.....	127	risperidone microspheres er.....	73
progesterone.....	104	RABAVERT.....	33	ritonavir.....	18
PROGRAF.....	111	rabeprazole sodium.....	87	rivastigmine.....	36
PROLIA.....	107	RADICAVA ORS.....	66	rivastigmine tartrate.....	36
PROMACTA.....	41	RADICAVA ORS STARTER		rizatriptan benzoate.....	62
promethazine hcl.....	21	KIT.....	66	ROCKLATAN.....	84
PROMETHEGAN.....	21	raloxifene hcl.....	102	roflumilast.....	121
propafenone hcl.....	48	ramelteon.....	65	ropinirole hcl.....	63
propafenone hcl er.....	48	ramipril.....	50	ropinirole hcl er.....	63
propranolol hcl.....	45	ranolazine er.....	48	rosuvastatin calcium.....	44
PROPRANOLOL HCL.....	45	rasagiline mesylate.....	63	ROTARIX.....	33

ROTATEQ.....	33	sodium chloride (pf).....	80	sulfadiazine.....	8
ROWASA.....	85	SODIUM FLUORIDE.....	127	sulfamethoxazole-trimethoprim..	8
ROZLYTREK.....	28	sodium phenylbutyrate.....	75	sulfasalazine.....	8
RUBRACA.....	28	sodium polystyrene sulfonate..	78	sulindac.....	54
rufinamide.....	60	SOFOSBUVIR-		sumatriptan.....	62
RUKOBIA.....	18	VELPATASVIR.....	19	sumatriptan succinate.....	62
RYDAPT.....	28	SOHONOS.....	36	sumatriptan succinate refill....	62
RYTARY.....	63	solifenacin succinate.....	121	sunitinib malate.....	28
		SOLQUA.....	96	SUNLENCA.....	19
		SOLTAMOX.....	102	SUNOSI.....	66
SAFYRAL.....	100	SOMAVERT.....	105	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	88
SANTYL.....	119	sorafenib tosylate.....	28	SURE COMFORT PEN	
sapropterin dihydrochloride..	112	sorine.....	45	NEEDLES.....	123
SAVAYSA.....	40	sotalol hcl.....	45	SYMLINPEN 120.....	96
saxagliptin hcl.....	95	sotalol hcl (af).....	45	SYMLINPEN 60.....	96
saxagliptin-metformin er.....	95	SPINOSAD.....	116	SYMPAZAN.....	60
SCSEMBLIX.....	28	SPIRIVA HANDIHALER.....	35	SYMPROIC.....	89
scopolamine.....	35	SPIRIVA RESPIMAT.....	35	SYMTUZA.....	19
SE-NATAL 19.....	127	spironolactone.....	50	SYNAREL.....	103
SECUADO.....	73	spironolactone-hctz.....	50	SYNJARDY.....	96
SEGLUROMET.....	95	sprintec 28.....	100	SYNJARDY XR.....	96
SELECT-OB.....	127	SPRITAM.....	60	SYNTHROID.....	106
SELECT-OB+DHA.....	127	SPRYCEL.....	28		
selegiline hcl.....	63	SPS (SODIUM POLYSTYRENE		T	
SELZENTRY.....	18	SULF).....	78	TABRECTA.....	28
SEREVENT DISKUS.....	38	sronyx.....	100	tacrolimus.....	111,119
sertraline hcl.....	73	ssd.....	116	tadalafil.....	51
SHINGRIX.....	33	STEGLATRO.....	96	tadalafil (pah).....	51
SIGNIFOR.....	105	STELARA.....	109	TADLIQ.....	51
sildenafil citrate.....	51	STIMUFEND.....	42	TAFINLAR.....	28
silodosin.....	37	STIOLTO RESPIMAT.....	35	TAGRISSO.....	28
silver sulfadiazine.....	116	STIVARGA.....	28	TALTZ.....	109
SIMBRINZA.....	85	STREPTOMYCIN SULFATE.....	8	TALZENNA.....	28
simvastatin.....	44	STRIBILD.....	19	tamoxifen citrate.....	102
sirolimus.....	111	STRIVERDI RESPIMAT.....	38	tamsulosin hcl.....	37
SIRTURO.....	11	SUCRAID.....	80	tarina 24 fe.....	100
SITAGLIPTIN.....	95	sucrafate.....	87	TARON-BC.....	127
SITAGLIPTIN BASE-		sulfacetamide sodium.....	81	TARPEYO.....	91
METFORMIN HCL.....	96	sulfacetamide sodium (acne)...	116	TASIGNA.....	28
SIVEXTRO.....	8	SULFACETAMIDE-		tasimelteon.....	65
sodium chloride.....	80	PREDNISOLONE.....	81	TAVALISSE.....	40

TAVNEOS.....	108	timolol maleate ocudose.....	85	tretinoin microsphere.....	119
tazarotene.....	119	timolol maleate pf.....	85	tretinoin microsphere pump...	119
TAZORAC.....	119	tinidazole.....	13	TREXALL.....	29
TAZVERIK.....	28	TIROSINT-SOL.....	106	tri-estarylla.....	100
TDVAX.....	32	TIVICAY.....	19	tri-legest fe.....	100
TEFLARO.....	8	TIVICAY PD.....	19	tri-lo-estarylla.....	101
TEGSEDI.....	112	tizanidine hcl.....	36,37	tri-lo-sprintec.....	101
telmisartan.....	50	TL FOLATE.....	127	tri-nymyo.....	101
TELMISARTAN-		TL-CARE DHA.....	127	tri-sprintec.....	101
AMLODIPINE.....	47	TL-SELECT.....	127	TRI-TABS DHA.....	127
telmisartan-hctz.....	50	TOBRADEX.....	82	tri-vylibra lo.....	101
temazepam.....	65	tobramycin.....	8,82	triamcinolone acetonide... 83,118	
TENIVAC.....	32	tobramycin sulfate.....	9	triamterene.....	78
tenofovir disoproxil fumarate.	19	tobramycin-dexamethasone... 82		triamterene-hctz.....	78
TEPMETKO.....	29	TOBREX.....	82	triazolam.....	65
terazosin hcl.....	42	tolcapone.....	63	TRICARE.....	127
terbinafine hcl.....	10	tolterodine tartrate.....	121	tridacaine ii.....	120
terbutaline sulfate.....	38	tolterodine tartrate er.....	121	triderm.....	118
terconazole.....	116	tolvaptan.....	77,78	TRIENTINE HCL.....	90
teriflunomide.....	109	topiramate.....	60	trifluoperazine hcl.....	73
TERIPARATIDE		toremifene citrate.....	103	TRIFLURIDINE.....	82
(RECOMBINANT).....	107	torpenz.....	29	TRIHENYPHENIDYL HCL.... 63	
testosterone.....	91,92	torsemide.....	78	trihexyphenidyl hcl.....	64
testosterone cypionate.....	91	TOUJEO MAX SOLOSTAR... 96		TRIJARDY XR.....	96
TESTOSTERONE		TOUJEO SOLOSTAR.....	96	trimethoprim.....	21
ENANTHATE.....	92	TPN ELECTROLYTES.....	80	trimipramine maleate.....	73
tetrabenazine.....	75	TRADJENTA.....	96	TRINATAL RX 1.....	127
tetracycline hcl.....	8	tramadol hcl.....	54	TRINATE.....	127
THALOMID.....	109	tramadol hcl er.....	54	TRINAZ.....	127
theophylline er.....	121	tramadol-acetaminophen... 54		TRINTELLIX.....	73
thioridazine hcl.....	73	trandolapril.....	50	TRISTART DHA.....	128
thiothixene.....	73	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIUMEQ.....	19
THRIVITE RX.....	127	HCL ER.....	47	TRIUMEQ PD.....	19
tiadylt er.....	47	tranexamic acid.....	39	TRIVEEN-DUO DHA.....	128
tiagabine hcl.....	60	tranylcypropromine sulfate... 73		trivora (28).....	101
TIBSOVO.....	29	TRAVASOL.....	77	TROPHAMINE.....	77
TICOVAC.....	33	trazodone hcl.....	73	tropium chloride.....	121
tigecycline.....	8	TRECATOR.....	12	tropium chloride er.....	121
tilia fe.....	100	TRELEGY ELLIPTA.....	35	TRULICITY.....	96
timolol maleate.....	45,85	TRELSTAR MIXJECT.....	103	TRUMENBA.....	34
timolol maleate (once-daily).. 85		tretinoin.....	29,119	TRUQAP.....	29

TUKYSA.....	29	VAXCHORA.....	34	VITAMEDMD REDICHEW	
TURALIO.....	29	VELIVET.....	101	RX.....	128
turqoz.....	101	VELTASSA.....	78	VITAPEARL.....	128
TWINRIX.....	34	VEMLIDY.....	20	VITATRUE.....	128
TYBOST.....	19	VENA-BAL DHA.....	128	VITRAKVI.....	29
TYENNE.....	109	VENCLEXTA.....	29	VIVA DHA.....	128
TYMLOS.....	107	VENCLEXTA STARTING		VIVJOA.....	10
TYPHIM VI.....	34	PACK.....	29	VIZIMPRO.....	29
TYRVAYA.....	83	VENLAFAXINE BESYLATE		VOL-NATE.....	128
		ER.....	74	VONJO.....	29
		venlafaxine hcl.....	74	voriconazole.....	10,11
UBRELVY.....	62	venlafaxine hcl er.....	74	VOSEVI.....	20
UDENYCA.....	42	VENTOLIN HFA.....	38	VOXZOGO.....	112
ULTICARE INSULIN SAFETY		verapamil hcl.....	47	VP-PNV-DHA.....	128
SYR.....	123	verapamil hcl er.....	47	VRAYLAR.....	74
ULTILET INSULIN		VERQUVO.....	51	VTAMA.....	119
SYRINGE.....	123	VERSACLOZ.....	74	vylibra.....	101
ursodiol.....	88	VERZENIO.....	29	VYNDAMAX.....	48
UZEDY.....	73,74	vestura.....	101	VYNDAQEL.....	48
		vienna.....	101	VYZULTA.....	85
		vigabatrin.....	60		
		vigadrone.....	60	W	
valacyclovir hcl.....	19	VIGAFYDE.....	61	WAKIX.....	56
VALCHLOR.....	119	vigpoder.....	61	warfarin sodium.....	40
valganciclovir hcl.....	19,20	VIJOICE.....	29	WEGOVY.....	96
valproic acid.....	60	vilazodone hcl.....	74	WELIREG.....	29
valsartan.....	50	VINATE II.....	128	WESNATAL DHA	
valsartan-		VINATE ONE.....	128	COMPLETE.....	128
hydrochlorothiazide.....	50	VIOKACE.....	88	WESNATE DHA.....	129
VALTOCO 10 MG DOSE.....	65	VIRACEPT.....	20	WESTAB PLUS.....	129
VALTOCO 15 MG DOSE.....	65	VIREAD.....	20	WESTGEL DHA.....	129
VALTOCO 20 MG DOSE.....	65	VIRT-NATE DHA.....	128	WINREVAIR.....	114
VALTOCO 5 MG DOSE.....	65	VITAFOL FE+.....	128	wixela inhub.....	38
vancomycin hcl.....	9	VITAFOL GUMMIES.....	128		
VANDAZOLE.....	116	VITAFOL ULTRA.....	128	X	
VANFLYTA.....	29	VITAFOL-NANO.....	128	XALKORI.....	30
VAQTA.....	34	VITAFOL-OB.....	128	XARELTO.....	40
varenicline tartrate.....	35	VITAFOL-OB+DHA.....	128	XARELTO STARTER PACK.....	40
varenicline tartrate (starter).....	35	VITAFOL-ONE.....	128	XCOPRI.....	61
varenicline tartrate(continue).....	35	VITAMEDMD ONE		XCOPRI (250 MG DAILY	
VARIVAX.....	34	RX/QUATREFOLIC.....	128	DOSE).....	61
VARUBI (180 MG DOSE).....	86				

XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	ZARXIO	42
XDEMZY	ZEJULA	30
XELJANZ	ZELAPAR	64
XELJANZ XR	ZELBORAF	30
XELPROS	zenatane	119
XERMELO	ZENPEP	88
XGEVA	zidovudine	20
XHANCE	ZIEXTENZO	42
XIFAXAN	ZIPHEX	129
XIGDUO XR	ziprasidone hcl	74
XIIDRA	ziprasidone mesylate	74
XOFLUZA (40 MG DOSE)	ZIRGAN	82
XOFLUZA (80 MG DOSE)	ZOLINZA	30
XOLAIR	zolmitriptan	62
XOSPATA	zolpidem tartrate	65
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	zolpidem tartrate er	65
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	ZONISADE	61
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	zonisamide	61
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	ZORYVE	120
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	zovia 1/35 (28)	101
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	zovia 1/35e (28)	101
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	ZTALMY	61
XTANDI	ZURZUVAE	74
xulane	ZYDELIG	30
	ZYKADIA	30
	ZYLET	82
	ZYPREXA RELPREVV	74

Y

YF-VAX	34
yuvafem	103

Z

zafirlukast	113
zaleplon	65
ZALVIT	129



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 .**

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 25015 Version 15