

2022

Aetna[®] Assure Premier Plus (HMO D-SNP) Lista de medicamentos cubiertos (formulario)

**LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS CUBIERTOS POR ESTE PLAN.**

Este formulario se actualizó el 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934**.

Los **usuarios de TTY deben llamar al 711**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. También puede visitar [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/BetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary).

N.º de identificación del Formulario: 22007 Versión 22



Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para 2022

Introducción

Este documento se denomina Lista de medicamentos cubiertos (también se conoce como Lista de medicamentos). Le indica qué medicamentos con receta y productos y medicamentos de venta libre (OTC) están cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). La Lista de medicamentos también le indica si hay alguna norma o restricción especial respecto de los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Los términos clave y sus definiciones aparecen en el último capítulo de la *Evidencia de cobertura*.

Índice

A. Descargos de responsabilidad.....	3
B. Preguntas frecuentes.....	4
B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (Para abreviarla, denominamos a la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> “Lista de medicamentos”).	4
B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?	4
B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?.....	5
B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?.....	6
B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?	7
B6. ¿Qué sucede si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)	7
B7. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos	7
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?	7
B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?	8
B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?	8
B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?.....	9
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?.....	9

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)



B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	9
B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?	9
B15. ¿Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?	10
B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?.....	10
B17. ¿Cuál es mi copago?	10
C. Resumen de la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i>	11
C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento.....	12
D. Índice de medicamentos cubiertos	96
Lista de Cobertura Adicional de Medicamentos de Medicaid	119



Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)

A. Descargos de responsabilidad

Esta es una lista de medicamentos que los miembros pueden obtener en Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad completamente integrado con un contrato con Medicare y un contrato con el programa Medicaid de Nueva Jersey. La inscripción en Aetna Assure Premier Plus depende de la renovación del contrato. Consulte la Evidencia de cobertura para obtener una descripción completa de los beneficios, las exclusiones, las limitaciones y las condiciones de cobertura del plan.
- ❖ Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) is a Fully Integrated Dual Eligible Special Needs Plan with a Medicare contract and a contract with the New Jersey Medicaid program. Enrollment in Aetna Assure Premier Plus depends on contract renewal.
- ❖ Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary) o llamando al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página.
- ❖ ATENCIÓN: Si habla otro idioma que no sea inglés, tiene a disposición servicios gratuitos de asistencia de idiomas. Visite nuestro sitio web [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) o llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los 7 días de la semana.
- ❖ ATTENTION: If you speak a language other than English, free language assistance services are available. Visit our website [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp) or call **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, 8:00 a.m. a 8:00 p.m., 7 days a week.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al número que figura en la parte inferior de esta página. La llamada es gratuita.
- ❖ Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como tamaño de letra grande, braille o audio. Llame al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ Si desea realizar o cambiar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en otro formato alternativo, puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana.



B. Preguntas frecuentes

Aquí encontrará las respuestas a las preguntas que tenga sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Para obtener más información o para buscar una pregunta y su respuesta, puede leer todas las preguntas frecuentes.

B1. ¿Qué medicamentos con receta figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos*? (Para abreviarla, denominamos a la *Lista de medicamentos cubiertos* “Lista de medicamentos”).

Los medicamentos que figuran en la *Lista de medicamentos cubiertos* que comienza en la página 12 son los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Estos medicamentos están disponibles en las farmacias dentro de nuestra red. Una farmacia se encuentra dentro de nuestra red si tenemos un contrato para que trabaje con nosotros y le proporcione servicios. Nos referimos a estas farmacias como “farmacias de la red”.

- Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubrirá todos los medicamentos que sean medicamento necesarios de la Lista de medicamentos en los siguientes casos:
 - Si su médico u otra persona autorizada a dar recetas le indica que los necesita para sentirse mejor o mantenerse saludable. **Y**
 - Si usted obtiene el medicamento con receta en una farmacia de la red de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Aetna Better Health Premier Plan puede tener pasos adicionales para acceder a ciertos medicamentos. Para obtener más información, consulte la pregunta B4.

También puede encontrar la lista actualizada de medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary o puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

B2. ¿Se modifica la Lista de medicamentos en algún momento?

Sí, y Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Es posible que incorporemos o eliminemos medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año.

También podemos modificar nuestras normas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podríamos realizar lo siguiente:

- Decidir solicitar o no solicitar la autorización previa para un medicamento. (La autorización previa es una autorización de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de que pueda obtener un medicamento).
- Incorporar o modificar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se denomina “límites de cantidad”).
- Incorporar o modificar restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. (El tratamiento escalonado significa que usted debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si está tomando un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general, no eliminaremos ni cambiaremos la cobertura de ese medicamento **durante el resto del año** a menos que suceda lo siguiente:

- aparezca en el mercado un medicamento nuevo y más económico que es igual de eficaz que el medicamento que actualmente figura en la Lista de medicamentos; **o**
- nos enteramos de que el medicamento no es seguro; **o**
- se retira un medicamento del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación, encontrará más información sobre lo que sucede cuando se modifica la Lista de medicamentos.

- Siempre puede verificar la Lista de medicamentos de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) en línea en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary).
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros para consultar la Lista de medicamentos actual al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

B3. ¿Qué sucede cuando la Lista de medicamentos cambia?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se aplicarán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Un nuevo medicamento genérico se encuentra disponible.** A veces, se desarrolla un medicamento genérico nuevo que funciona tan bien como el medicamento de marca que actualmente figura en la Lista de medicamentos. Cuando eso ocurre, podemos eliminar el medicamento de marca y agregar el medicamento genérico nuevo. Cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento de marca en la lista, pero cambiar sus normas o límites de cobertura.
 - Es probable que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hicimos una vez que entre en efecto.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción de estos cambios. Le enviaremos un aviso con los pasos que puede tomar para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.
- **Se quita un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) indica que el medicamento que usted está tomando no es seguro o si el fabricante retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de la Lista de medicamentos. Si usted está tomando el medicamento, se lo informaremos.
- Comuníquese con su médico si el medicamento que toma es eliminado de la Lista de medicamentos.

Podemos efectuar otros cambios que afecten los medicamentos que toma. Le informaremos por adelantado sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden suceder si:

- La FDA proporciona nuevas pautas o existen nuevas pautas clínicas sobre el medicamento.
- Incorporamos un medicamento genérico que es nuevo en el mercado. **Y**

- Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente se encuentra en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Cambiamos las normas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando estos cambios tengan lugar, haremos lo siguiente:

- Se lo notificaremos al menos 30 días antes de que hagamos el cambio en la Lista de medicamentos. **O bien**
- Se lo informaremos y le daremos un suministro del medicamento para 30 días después de que solicite un resurtido.

Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Pueden ayudarlo a decidir lo siguiente:

- Si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar. O bien
- Si debe solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10 a B12.

B4. ¿Hay alguna restricción o limitación en la cobertura de medicamentos? ¿O se debe tomar alguna medida para obtener ciertos medicamentos?

Sí. Algunos medicamentos tienen normas de cobertura o limitaciones en la cantidad que puede obtener. En algunos casos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben hacer algo antes para poder obtener un medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otra persona autorizada a dar recetas deben conseguir la aprobación de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) antes de obtener su medicamento con receta. Una autorización previa es diferente a una remisión. Es posible que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubra el medicamento si no obtiene la aprobación.
- **Límites de cantidad:** En ocasiones, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) limita la cantidad que puede obtener de un medicamento.
- **Tratamiento escalonado:** A veces, Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) solicita que haga un tratamiento escalonado. Esto significa que usted deberá probar medicamentos en un determinado orden para su afección médica. Es posible que deba probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento. Si su médico considera que el primer medicamento no es adecuado para usted, entonces, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas en las páginas 12 a 95. También puede obtener más información en nuestro sitio web en [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/betterhealth/new-jersey-hmosnp/drug-formulary). Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de tratamiento escalonado y autorización previa. También puede pedirnos que le enviemos una copia.

Puede solicitar una excepción para estas limitaciones. Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B5. ¿Cómo sabré si el medicamento que deseo tiene límites o si debo tomar alguna medida para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* de la página 12 tiene una columna titulada “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”.

B6. ¿Qué sucede si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) modifica sus normas sobre cómo cubre algunos medicamentos? (Por ejemplo, autorización previa, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado)

En algunos casos, le informaremos con antelación si incorporamos o modificamos autorizaciones previas, límites de cantidad o restricciones de tratamiento escalonado respecto de un medicamento. Consulte la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso anticipado y cuáles son las situaciones en las que es posible que no le podamos avisar con antelación cuando cambien nuestras normas respecto de los medicamentos de la Lista de medicamentos.

B7. Cómo encontrar un medicamento en la Lista de medicamentos

Hay dos formas para encontrar un medicamento:

- puede buscar el nombre del medicamento por orden alfabético; **O**
- puede buscar por tipo de medicamento.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección del índice de medicamentos cubiertos. en la página 96. El índice de medicamentos cubiertos es un listado alfabético de todos los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos. Tanto los medicamentos de marca como los genéricos se encuentran en el índice. Consulte el Índice y busque su medicamento. Junto al medicamento, verá el número de página en el que puede encontrar la información de cobertura. Vaya a la página que aparece en el Índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

Para buscar **por tipo de medicamento**, busque la sección titulada “Lista de medicamentos por tipo” en la página 12. Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para una infección, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que deseo tomar no figura en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)** y pregunte por él. Si le informan que Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no cubrirá el medicamento, usted puede hacer lo siguiente:

- Pedirle al Departamento de Servicios para Miembros una lista de los medicamentos que sean similares al que desea tomar. Luego, muéstrole la lista a su médico u otra persona autorizada a dar recetas. Pueden recetarle un medicamento de la Lista de medicamentos que sea similar al que desea tomar.
- Puede solicitarle al plan realizar una excepción y cubrir el medicamento. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte las preguntas B10-B12.

B9. ¿Qué sucede si soy un miembro nuevo de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) y no puedo encontrar mi medicamento en la Lista de medicamentos, o si tengo algún problema para obtener mi medicamento?

Nosotros podemos ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de su medicamento para 30 días durante los primeros 90 días de su membresía en Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Esto le dará tiempo para consultar con su médico o la persona autorizada a dar recetas. Ellos pueden ayudarlo a decidir si hay un medicamento similar en la Lista de medicamentos que pueda tomar en su lugar o si debe solicitar una excepción.

Si su medicamento con receta está indicado para menos días, permitiremos obtener varias veces los medicamentos hasta llegar a un suministro máximo de 30 días de medicamento.

Cubriremos un suministro de su medicamento para 30 días en los siguientes casos:

- Si toma un medicamento que no se encuentra en nuestra Lista de medicamentos. **O**
- si las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad solicitada por la persona autorizada a dar recetas; o
- si el medicamento requiere autorización previa de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP); o
- si toma un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento escalonado.

Si se encuentra en un hogar de convalecencia u otro centro de atención a largo plazo, y necesita un medicamento que no figura en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener con facilidad el medicamento que necesita, nosotros podemos ayudar. Si usted ha sido miembro del plan por más de 90 días, vive en un centro de atención a largo plazo y necesita un suministro de inmediato, tenga en cuenta lo siguiente:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento que necesite (a menos que tenga una receta por menos días), independientemente de que sea o no un miembro nuevo de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).
- Esto se suma al suministro temporal durante los primeros 90 días como miembro de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP).

Miembros actuales con un cambio en el nivel de atención

Si experimenta un cambio en su entorno de atención (por ejemplo, recibe el alta o ingresa hogar de convalecencia o en un centro de atención a largo plazo), su médico o farmacia pueden solicitar una anulación de la receta por única vez. Esta anulación por única vez le brindará una cobertura temporal (un suministro para 30 días) de los medicamentos correspondientes.

B10. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi medicamento?

Sí. Puede solicitar una excepción de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para cubrir un medicamento que no figure en la Lista de medicamentos.

También puede solicitarnos que cambiemos las normas para su medicamento.

- Por ejemplo, Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitarnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: Puede solicitarnos que omitamos las restricciones de tratamiento escalonado o los requisitos de autorización previa.

B11. ¿Cómo puedo solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame al Departamento de Servicios para Miembros. Un representante del Departamento de Servicios para Miembros trabajará con usted y su proveedor para ayudarlo a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 8 de la *Evidencia de cobertura* para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Después de recibir una declaración de la persona autorizada a darle recetas que respalde su solicitud de una excepción, le informaremos nuestra decisión en el plazo de 72 horas.

Para presentar una declaración, usted o la persona autorizada a dar recetas puede llamar al Departamento de Servicios para Miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) para obtener asistencia al **1-844-362-0934 (TTY: 711)**, de 08:00 a. m. a 08:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. Puede enviarnos la declaración por fax al 844-814-2260.

Si usted o la persona autorizada a dar recetas consideran que su salud puede perjudicarse si debe esperar 72 horas para recibir una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si la persona autorizada a dar recetas respalda su solicitud, le notificaremos nuestra decisión dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de la persona autorizada a dar recetas.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están compuestos por los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente, cuestan menos que los medicamentos de marca y no tienen nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre los medicamentos de marca y los genéricos.

B14. ¿Qué son los medicamentos de venta libre (OTC)?

La sigla en inglés OTC significa “de venta libre”. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) ofrece algunos medicamentos de venta libre a través de la parte NJ FamilyCare (Medicaid) de la cobertura del plan sin costo alguno para usted. Necesita una receta para que los medicamentos de venta libre estén cubiertos. Estos medicamentos de venta libre se enumeran en esta Lista de medicamentos a partir de la página 119.

B15. ¿Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre productos de venta libre que no sean medicamentos?

Sí. Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) cubre algunos productos de venta libre que no sean medicamentos cuando su proveedor se los receta. Estos productos de venta libre que no son medicamentos de venta libre se enumeran en esta Lista de medicamentos a partir de la página 119.

Ejemplos de productos de venta libre que no sean medicamentos incluyen los preservativos. No existen costos compartidos ni copagos.

B16. ¿Puedo obtener mis medicamentos a través de pedidos por correo/suministro a largo plazo?

Sí. Para determinados tipos de medicamentos, puede utilizar el servicio de pedido por correo de la farmacia CVS Caremark®. Por lo general, los medicamentos disponibles a través del servicio de pedido por correo son medicamentos que toma con regularidad para tratar una enfermedad crónica o una afección médica prolongada.

- Programa de pedidos por correo. Ofrecemos un programa de pedidos por correo que le permite obtener un suministro hasta para 100 días de sus medicamentos con receta directamente en su hogar.
- Suministro a largo plazo. Ofrecemos un suministro a largo plazo de medicamentos de “mantenimiento” que estén en nuestra Lista de medicamentos. (Los medicamentos de mantenimiento son aquellos que toma con regularidad para una afección crónica o prolongada).

Para obtener más información sobre cómo obtener medicamentos a través de pedidos por correo o suministros a largo plazo, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

B17. ¿Cuál es mi copago?

Los miembros de Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) no tienen copago para medicamentos con receta y de venta libre (OTC) y productos que no sean medicamentos, siempre y cuando el miembro siga las normas del plan. Para obtener más información, consulte las preguntas B14 y B15 sobre los medicamentos de venta libre (OTC) y los productos que no sean medicamentos.

Los niveles son grupos de medicamentos en nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos genéricos preferidos de Nivel 1 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos genéricos de Nivel 2 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos de marca preferidos de Nivel 3 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos no preferidos de Nivel 4 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos especializados de Nivel 5 tienen un copago de \$0.

Los medicamentos de venta libre tienen un copago de \$0.

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Servicios para Miembros al **1-844-362-0934 (TTY:711)**.

C. Resumen de la *Lista de medicamentos cubiertos*

La siguiente Lista de medicamentos cubiertos le brinda información sobre los medicamentos cubiertos por Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP). Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice de medicamentos cubiertos que comienza en la página 96. En el índice se encuentran todos los medicamentos cubiertos por Aetna Assure Premier Plus (HMO D-SNP) por orden alfabético.

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan tiene algún requisito especial para la cobertura del medicamento. Se utilizan las siguientes abreviaturas:

QL: Límites de cantidad: Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá.

PA: Autorización previa. Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una autorización previa para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con nuestra aprobación antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no tiene la aprobación, es posible que no cubramos el medicamento.
--

ST: Tratamiento escalonado: En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su afección médica antes de que cubramos otro medicamento para esa afección. Por ejemplo, si el medicamento A y el medicamento B tratan su afección médica, es posible que no cubramos el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces cubriremos el medicamento B.

LA: Acceso limitado. Son los medicamentos que pueden obtenerse solo en determinadas farmacias.

MO: Entrega de pedidos por correo: Por lo general, los medicamentos que se brindan a través del servicio de pedido por correo son aquellos que toma con regularidad para una afección médica crónica o prolongada.

B/D: Medicamentos que pueden estar cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare, según la situación. Estos medicamentos requieren autorización previa para determinar la cobertura bajo la Parte B o la Parte D. Es posible que deba presentarse información sobre la administración del medicamento o el lugar en el que se recibirá para determinar la cobertura.

EA: cada uno

ML: mililitro

C1. Lista de medicamentos por tipo de medicamento

Los medicamentos en esta sección están agrupados en categorías por tipo. Por ejemplo, si está tomando un medicamento para tratar las infecciones, debe buscar en la categoría “Antiinfecciosos”. Allí encontrará los medicamentos que tratan las infecciones.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos genéricos aparecen en letra minúscula y cursiva (p. ej.: *amoxicilina*), los medicamentos de marca aparecen en letra mayúscula (p. ej.: SYNTHROID) y los medicamentos y productos de venta libre (OTC) aparecen en minúscula (p. ej.: comprimido de acetaminofeno). La información incluida en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso” indica si Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) tiene alguna norma especial para la cobertura del medicamento.

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANALGÉSICOS		
GOTA		
<i>allopurinol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>colchicine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>febuxostat</i>	\$0 (Nivel 3)	ST MO
MITIGARE	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>probenecid</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>probenecid/colchicine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
NSAID (AINE) – ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS		
<i>cataflam</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días)
<i>celecoxib caps 400mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>celecoxib caps 100mg, 200mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac potassium</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium dr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium er</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tbec 50mg; 200mcg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>diclofenac sodium/misoprostol tbec 75mg; 200mcg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>diflunisal</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
DUEXIS	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>ec-naproxen tbec 375mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días)
<i>ec-naproxen tbec 500mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tb24 600mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>etodolac er tb24 400mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac caps 300mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>etodolac caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>etodolac tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
FENOPROFEN CALCIUM CAPS 400MG	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>fenoprofen calcium tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>flurbiprofen tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ibu tabs 600mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ibuprofen tabs 400mg, 600mg, 800mg; susp 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ibuprofen/famotidine</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>ketoprofen er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ketoprofen caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ketoprofen caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
<i>ketoprofen caps 25mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ketorolac tromethamine inj 15mg/ml, 30mg/ml, 60mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) PA MO
<i>ketorolac tromethamine tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (20 c/u por 30 días) PA MO
<i>meclofenamate sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>meloxicam tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>nabumetone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NAPROXEN SODIUM CR	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
NAPROXEN SODIUM TB24	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>naproxen sodium tabs 275mg, 550mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen/esomeprazole magnesium</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>naproxen tabs 250mg, 375mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>naproxen susp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naproxen dr tab 375mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>naproxen dr tab 500mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>oxaprozin</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam caps 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>piroxicam caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>relafen tabs 500mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulindac</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN PROLONGADA		
<i>buprenorphine transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fentanyl pt72 100mcg/hr, 12mcg/hr, 25mcg/hr, 37.5mcg/hr, 50mcg/hr, 62.5mcg/hr, 75mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl pt72 87.5mcg/hr</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate er tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
HYSINGLA ER	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
METHADONE HCL INJ	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>methadone hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (450 ML por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>methadone hcl oral conc</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er cap24 (generic Avinza) 120mg, 30mg, 45mg, 60mg, 75mg, 90mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er cap24 (generic Kadian) 100mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tbc 100mg, 200mg, 30mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>morphine sulfate er tbc 15mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>tramadol hcl er tb24</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
ANALGÉSICOS OPIOIDES, LIBERACIÓN CORTA		
<i>acetaminophen/codeine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>acetaminophen/codeine soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2700 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate nasal soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (5 ML por 30 días) MO
<i>butorphanol tartrate inj 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>butorphanol tartrate inj 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CODEINE SULFATE TABS	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>endocet tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días)
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 200mcg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fentanyl citrate oral transmucosal lpop 1200mcg, 1600mcg, 400mcg, 600mcg, 800mcg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen soln 325mg/15ml; 7.5mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2700 ML por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen tabs 300mg; 10mg, 300mg; 5mg, 300mg; 7.5mg, 325mg; 10mg, 325mg; 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/acetaminophen tabs 325mg; 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydrocodone/ibuprofen tabs 10mg; 200mg, 5mg; 200mg, 7.5mg; 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>hydromorphone hcl oral liqd</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (600 ML por 30 días) MO
HYDROMORPHONE HCL INJ 1MG/ML, 4MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>hydromorphone hcl pf inj 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INJ 1MG/ML, 2MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D
HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE PF INJ 4MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>hydromorphone hydrochloride pf inj 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>hydromorphone hydrochloride inj 2mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>morphine sulfate tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
MORPHINE SULFATE IV OR IM INJ 10MG/ML, 2MG/ML, 4MG/ML, 5MG/ML, 8MG/ML	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate iv inj 0.5mg/ml, 10mg/ml, 1mg/ml, 4mg/ml, 50mg/ml, 8mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>morphine sulfate iv, epidural, or intrathecal inj 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>morphine sulfate oral soln 10mg/5ml, 20mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>morphine sulfate oral soln 20mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>nalbuphine hcl inj 10mg/ml, 20mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>oxycodone hcl caps</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride oral conc</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 ML por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone hydrochloride tabs 10mg, 15mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>oxycodone/acetaminophen tabs 325mg; 10mg, 325mg; 2.5mg, 325mg; 5mg, 325mg; 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxycodone/aspirin tabs 325mg; 4.835mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hcl tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>tramadol hydrochloride tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl pf inj 0.5%, 1%, 1.5%, 2%, 4%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hydrochloride inj 1%, 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	
ANTIINFECCIOSOS		
ANTIINFECCIOSOS: VARIOS		
<i>albendazole</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>amikacin sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>atovaquone</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>aztreonam inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>aztreonam inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
CAYSTON	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>chloramphenicol inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin hcl caps 300mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin hydrochloride caps 150mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>clindamycin palmitate hcl oral soln 75mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inj 300mg/2ml, 900mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clindamycin phosphate inj 600mg/4ml, 900mg/6ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 4)	
<i>colistimethate sodium</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>dapsone tabs 100mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DAPTOMYCIN INJ 350MG	\$0 (Nivel 5)	
<i>daptomycin inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
EMVERM	\$0 (Nivel 5)	QL (12 EA por 365 días) MO
<i>ertapenem</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.2mg/ml; 0.9%, 1mg/ml; 0.9%, 2mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride inj 1.6mg/ml; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gentamicin sulfate inj 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>imipenem/cilastatin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>isotonic gentamicin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ivermectin</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>linezolid tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (56 EA por 28 días) PA MO
<i>linezolid oral susp</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1800 ML por 28 días) PA MO
LINEZOLID INJ 600MG/300ML; 0.9%	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>linezolid inj 600mg/300ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>meropenem inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>meropenem inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine hippurate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methenamine mandelate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole caps 375mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>metronidazole inj 500mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>metronidazole tabs 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>neomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nitazoxanide</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (6 c/u por 30 días) MO
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>paromomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pentamidine isethionate inhalation soln</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>pentamidine isethionate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>praziquantel</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
SIVEXTRO INJ	\$0 (Nivel 5)	
SIVEXTRO TABS	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>streptomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>sulfadiazine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfamethoxazole/trimethoprim inj, susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SYNERCID	\$0 (Nivel 5)	
<i>tinidazole</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm, 10mg/ml, 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tobramycin sulfate inj 1.2gm/30ml, 80mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tobramycin nebu 300mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (280 ML por 56 días) PA
<i>trimethoprim</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VANCOMYCIN INJ 2GM/400ML	\$0 (Nivel 4)	
VANCOMYCIN HCL INJ 0.9%; 1GM/200ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hcl inj 100gm, 10gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride caps 125mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>vancomycin hydrochloride caps 250mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE INJ 1.25GM, 1.5GM, 1000MG/200ML, 1250MG/250ML, 1500MG/300ML, 1750MG/350ML, 250MG, 500MG/100ML, 750MG/150ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride inj 1gm, 5gm, 750mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vancomycin hydrochloride inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIMICÓTICOS		
ABELCET	\$0 (Nivel 4)	B/D
AMBISOME	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>amphotericin b</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>amphotericin b liposome</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>fluconazole in sodium chloride inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluconazole/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluconazole tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluconazole oral susp</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>flucytosine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>griseofulvin microsize</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>itraconazole caps</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>ketoconazole tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>micafungin</i>	\$0 (Nivel 5)	
NOXAFIL ORAL SUSP	\$0 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>nystatin tabs 500000unit</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>posaconazole dr</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (93 EA por 30 días) MO
<i>terbinafine hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 c/u por 365 días) MO
<i>voriconazole inj</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>voriconazole oral susp</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>voriconazole tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>voriconazole tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
ANTIPALÚDICOS		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chloroquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COARTEM	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mefloquine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>primaquine phosphate</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>quinine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
APTIVUS SOLN	\$0 (Nivel 5)	
APTIVUS CAPS	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CRIXIVAN	\$0 (Nivel 4)	MO
EDURANT	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>efavirenz caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>efavirenz tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>emtricitabine caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
EMTRIVA ORAL SOLN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>etravirine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
FUZEON	\$0 (Nivel 5)	
INTELENCE TABS 25MG	\$0 (Nivel 4)	
INTELENCE TABS 100MG, 200MG	\$0 (Nivel 5)	MO
INVIRASE	\$0 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS HD	\$0 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS PACKET FOR ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
ISENTRESS TABS	\$0 (Nivel 5)	MO
ISENTRESS CHEW 25MG	\$0 (Nivel 4)	MO
ISENTRESS CHEW 100MG	\$0 (Nivel 5)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>lamivudine soln 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamivudine tabs 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LEXIVA ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>maraviroc</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>nevirapine er tb24 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nevirapine er tb24 400mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nevirapine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nevirapine susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NORVIR SOLN, ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	MO
PIFELTRO	\$0 (Nivel 5)	MO
PREZISTA SUSP	\$0 (Nivel 5)	QL (400 ML por 30 días) MO
PREZISTA TABS 150MG	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 75MG	\$0 (Nivel 4)	QL (480 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 800MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
PREZISTA TABS 600MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
REYATAZ PACKET FOR ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ritonavir</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
RUKOBIA	\$0 (Nivel 5)	MO
SELZENTRY SOLN	\$0 (Nivel 5)	MO
SELZENTRY TABS 25MG	\$0 (Nivel 3)	
SELZENTRY TABS 75MG	\$0 (Nivel 5)	
SELZENTRY TABS 150MG, 300MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>stavudine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
TIVICAY PD	\$0 (Nivel 4)	MO
TIVICAY TABS 10MG	\$0 (Nivel 3)	MO
TIVICAY TABS 25MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	MO
TROGARZO	\$0 (Nivel 5)	LA
TYBOST	\$0 (Nivel 4)	MO
VIRACEPT TABS 250MG	\$0 (Nivel 4)	MO
VIRACEPT TABS 625MG	\$0 (Nivel 5)	MO
VIREAD ORAL POWDER, TABS 150MG, 200MG, 250MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>zidovudine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
COMBINACIÓN DE ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfato/lamivudine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
BIKTARVY	\$0 (Nivel 5)	MO
CIMDUO	\$0 (Nivel 5)	MO
COMPLERA	\$0 (Nivel 5)	MO
DELSTRIGO	\$0 (Nivel 5)	MO
DESCOVY	\$0 (Nivel 5)	MO
DOVATO	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate tabs 100mg; 150mg, 133mg; 200mg, 200mg; 300mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil tabs 167mg; 250mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
EVOTAZ	\$0 (Nivel 5)	MO
GENVOYA	\$0 (Nivel 5)	MO
JULUCA	\$0 (Nivel 5)	MO
KALETRA TABS 100MG; 25MG	\$0 (Nivel 4)	MO
KALETRA TABS 200MG; 50MG	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>lamivudine/zidovudine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 100mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lopinavir/ritonavir tabs 200mg; 50mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
ODEFSEY	\$0 (Nivel 5)	MO
PREZCOBIX	\$0 (Nivel 5)	MO
STRIBILD	\$0 (Nivel 5)	MO
SYMTUZA	\$0 (Nivel 5)	MO
TEMIXYS	\$0 (Nivel 5)	MO
TRIUMEQ	\$0 (Nivel 5)	MO
TRIUMEQ PD	\$0 (Nivel 5)	MO
TRIZIVIR	\$0 (Nivel 5)	MO
ANTITUBERCULOSOS		
<i>cycloserine</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>ethambutol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>isoniazid tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isoniazid syrp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isoniazid inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
PASER	\$0 (Nivel 4)	MO
PRETOMANID	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA
PRIFTIN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pyrazinamide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>rifabutin</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>rifampin caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>rifampin inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
SIRTURO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TRECTOR	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIVIRALES		
<i>acyclovir sodium iv soln 50mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>acyclovir caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>acyclovir susp 200mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>acyclovir tabs 400mg, 800mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
BARACLUDE ORAL SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (630 ML por 30 días) MO
<i>entecavir</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
EPCLUSA	\$0 (Nivel 5)	PA
EPIVIR HBV	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>famciclovir tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (21 c/u por 30 días) MO
<i>famciclovir tabs 125mg, 250mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ganciclovir</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
HARVONI	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>lamivudine tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
MAVYRET	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>oseltamivir phosphate caps 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (168 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate caps 45mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (84 EA por 365 días) MO
<i>oseltamivir phosphate oral susp</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1080 ML por 365 días) MO
PEGASYS	\$0 (Nivel 5)	PA
PREVYMIS TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) MO
RELENZA DISKHALER	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 365 días) MO
<i>ribavirin</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>rimantadine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>valacyclovir hcl tabs 1gm</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>valacyclovir hydrochloride tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>valganciclovir hydrochloride oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>valganciclovir tabs 450mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
VEMLIDY	\$0 (Nivel 5)	MO
VOSEVI	\$0 (Nivel 5)	PA
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFACTOR ER	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefadroxil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CEFAZOLIN SODIUM INJ 1GM/50ML; 4%	\$0 (Nivel 3)	
CEFAZOLIN SODIUM INJ 100GM, 300GM	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium iv inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefazolin sodium inj 10gm, 1gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CEFAZOLIN INJ 2GM/100ML; 4%	\$0 (Nivel 3)	
<i>cefazolin inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefdinir caps</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cefdinir oral susp</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefepime inj 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefixime caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefixime oral susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefotetan</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefoxitin sodium inj 10gm, 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefprozil</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CEFTAZIDIME/DEXTROSE	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime inj 6gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftazidime inj 1gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	\$0 (Nivel 4)	
CEFTRIAOXONE SODIUM INJ 100GM	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium iv inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ceftriaxone sodium inj 10gm, 1gm, 250mg, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cefuroxime axetil tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cefuroxime sodium inj 1.5gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cefuroxime sodium inj 750mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cephalexin</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SUPRAX ORAL SUSP 500MG/5ML	\$0 (Nivel 3)	
<i>tazicef</i>	\$0 (Nivel 4)	
TEFLARO	\$0 (Nivel 5)	
ERITROMICINAS/MACRÓLIDOS		
AZITHROMYCIN PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>azithromycin oral susp, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>azithromycin inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clarithromycin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>clarithromycin er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DIFICID ORAL SUSP	\$0 (Nivel 5)	
DIFICID TABS	\$0 (Nivel 5)	MO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INJ 500MG	\$0 (Nivel 5)	
<i>erythrocin stearate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin base</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin ethylsuccinate tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin lactobionate</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>erythromycin stearate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin cpep 250mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>erythromycin tabs 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
FLUOROQUINOLONAS		
<i>ciprofloxacin hcl tab 100mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride tabs 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 200mg/100ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w inj 400mg/200ml; 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin inj 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levofloxacin oral soln 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>levofloxacin tabs 250mg, 500mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride iv soln 400mg/250ml; 0.8%</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>moxifloxacin hydrochloride tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin caps 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ampicillin sodium inj 10gm, 125mg, 1gm iv, 250mg, 2gm iv</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ampicillin sodium inj 1gm, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ampicillin-sulbactam</i>	\$0 (Nivel 4)	
BICILLIN L-A	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nafcillin sodium inj 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nafcillin sodium inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nafcillin sodium iv inj 10gm, 2gm</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>oxacillin sodium inj 10gm, 1gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oxacillin sodium inj 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO-OSMOTIC DEXTROSE	\$0 (Nivel 4)	
<i>penicillin g potassium inj 2000000unit</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>penicillin g potassium inj 5000000unit</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
PENICILLIN G PROCAINE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>penicillin g sodium</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>penicillin v potassium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium inj 12gm; 1.5gm, 2gm; 0.25gm, 3gm; 0.375gm, 4gm/0.5gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100 inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate dr tabs 100mg, 150mg, 200mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline hyclate caps 100mg, 50mg, tabs 100mg, 150mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>doxycycline hyclate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline monohydrate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>doxycycline monohydrate caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxycycline oral susp 25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>minocycline hcl caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hcl tabs 100mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	ST MO
<i>minocycline hydrochloride caps 100mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minocycline hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	ST MO
<i>mondoxyne nl caps 100mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>morgidox 1x100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>morgidox 2x100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
NUZYRA INJ	\$0 (Nivel 4)	
NUZYRA TABS	\$0 (Nivel 5)	
<i>tetracycline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tigecycline</i>	\$0 (Nivel 5)	
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
ALQUILANTES		
BENDEKA	\$0 (Nivel 5)	
<i>busulfan</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>carboplatin</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>carmustine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cisplatin iv soln</i>	\$0 (Nivel 3)	
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE	\$0 (Nivel 4)	
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>cyclophosphamide caps</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 1GM/5ML, 500MG/2.5ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>cyclophosphamide inj 1gm, 2gm, 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
IFEX INJ 3GM	\$0 (Nivel 4)	
IFOSFAMIDE INJ 3GM	\$0 (Nivel 4)	
<i>ifosfamide inj 1gm/20ml, 1gm, 3gm/60ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
LEUKERAN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>melphalan hydrochloride inj 50mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>melphalan tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>oxaliplatin</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paraplatin</i>	\$0 (Nivel 3)	
PEPAXTO	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA
<i>thiotepa</i>	\$0 (Nivel 5)	
ZEPZELCA	\$0 (Nivel 5)	PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIBIÓTICOS		
<i>bleomycin sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>dactinomycin</i>	\$0 (Nivel 5)	
DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE INJ 50MG/10ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>daunorubicin hydrochloride inj 20mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>doxorubicin hydrochloride liposomal 20mg/10ml; 50mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>epirubicin hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>idarubicin hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mitomycin inj 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mitomycin inj 40mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>mutamycin inj 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mutamycin inj 40mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA	\$0 (Nivel 5)	
<i>azacitidine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cladribine</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D
<i>clofarabine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>cytarabine</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>cytarabine aqueous</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>decitabine</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>fludarabine phosphate</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluorouracil inj 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 500mg/10ml, 5gm/100ml</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>gemcitabine hcl inj 1gm, 200mg, 2gm</i>	\$0 (Nivel 4)	
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1GM/10ML, 2GM/20ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>gemcitabine hydrochloride inj 1gm/26.3ml, 200mg/2ml, 200mg/5.26ml, 2gm/52.6ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
INQOVI	\$0 (Nivel 5)	QL (5 c/u por 28 días) PA LA
LONSURF	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>mercaptopurine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methotrexate sodium inj 1gm/40ml, 1gm</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>methotrexate sodium inj 250mg/10ml, 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>methotrexate pf inj 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ONUREG	\$0 (Nivel 5)	QL (14 c/u por 28 días) PA LA
<i>pemetrexed disodium</i>	\$0 (Nivel 5)	
PEMETREXED INJ 100MG/4ML, 1GM/40ML, 500MG/20ML	\$0 (Nivel 5)	
<i>pemetrexed inj 1000mg, 100mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
PURIXAN	\$0 (Nivel 5)	
TABLOID	\$0 (Nivel 5)	MO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>anastrozole</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bicalutamide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
EMCYT	\$0 (Nivel 5)	MO
ERLEADA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>exemestane</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>flutamide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fulvestrant</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>letrozole</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>leuprolide acetate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) 3.75MG	\$0 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) 11.25MG	\$0 (Nivel 5)	PA
LYSODREN	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>megestrol acetate tabs 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nilutamide</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
NUBEQA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ORGOVYX	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
SOLTAMOX	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>tamoxifen citrate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>toremifene citrate</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
TRELSTAR MIXJECT 3.75MG, 11.25MG	\$0 (Nivel 5)	PA
XTANDI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZYTIGA TABS 500MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
POMALYST CAPS 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 21 días) PA LA
POMALYST CAPS 3MG, 4MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
REVLIMID	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
THALOMID CAPS 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
THALOMID CAPS 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
VARIOS		
<i>arsenic trioxide</i>	\$0 (Nivel 5)	
ASPARLAS	\$0 (Nivel 5)	PA
BESREMI	\$0 (Nivel 5)	QL (2 ML por 28 días) PA LA
<i>bexarotene caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>dacarbazine</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>hydroxyurea</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
IMLYGIC	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>irinotecan inj 500mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>irinotecan hydrochloride inj 300mg/15ml, 40mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>irinotecan hydrochloride inj 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 5)	
KISQALI FEMARA 200 DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI FEMARA 400 DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI FEMARA 600 DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA
MATULANE	\$0 (Nivel 5)	LA MO
<i>mitoxantrone hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	
NIPENT	\$0 (Nivel 5)	
ONCASPAR	\$0 (Nivel 5)	PA
SYNRIBO	\$0 (Nivel 5)	PA
TOPOTECAN HCL INJ 4MG/4ML	\$0 (Nivel 5)	
<i>topotecan hcl inj 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tretinoin caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
WELIREG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
INHIBIDORES CELULARES		
ABRAXANE	\$0 (Nivel 5)	
DOCETAXEL INJ 20MG/2ML	\$0 (Nivel 4)	
DOCETAXEL INJ 160MG/16ML, 160MG/8ML, 80MG/8ML	\$0 (Nivel 5)	
<i>docetaxel inj 20mg/ml, 80mg/4ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>etoposide</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>paclitaxel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>toposar</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vinblastine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vincasar pfs</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>vincristine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>vinorelbine tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	
FÁRMACOS DIRIGIDOS MOLECULARES		
AFINITOR DISPERZ TBSO 2MG	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
AFINITOR TABS 10MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
ALECENSA	\$0 (Nivel 5)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
ALUNBRIG TBPK	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
ALUNBRIG TABS 30MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u cada 30 días) PA LA MO
ALUNBRIG TABS 180MG, 90MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
AYVAKIT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
BALVERSA TABS 5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA LA
BALVERSA TABS 4MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) PA LA
BALVERSA TABS 3MG	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
BELEODAQ	\$0 (Nivel 5)	PA
BLENREP	\$0 (Nivel 5)	PA LA
BORTEZOMIB INJ 1MG, 2.5MG, 3.5MG	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>bortezomib inj 3.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
BOSULIF TABS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
BOSULIF TABS 400MG, 500MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
BRAFTOVI CAPS 75MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
BRUKINSA	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u cada 30 días) PA LA MO
CABOMETYX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
CALQUENCE	\$0 (Nivel 5)	QL (60 c/u por 30 días) PA LA MO
CAPRELSA TABS 300MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
CAPRELSA TABS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 c/u por 30 días) PA LA MO
COMETRIQ KIT 140MG/DAY	\$0 (Nivel 5)	QL (112 c/u por 28 días) PA LA
COMETRIQ KIT 100MG/DAY	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
COMETRIQ KIT 60MG/DAY	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
COPIKTRA	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) PA LA
COTELLIC	\$0 (Nivel 5)	QL (63 c/u por 21 días) PA LA
DAURISMO TABS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
DAURISMO TABS 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
ENHERTU	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ERIVEDGE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 100mg, 150mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>erlotinib hydrochloride tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tabs 10mg, 2.5mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 2mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>everolimus tbso 3mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
EXKIVITY	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u cada 30 días) PA LA MO
FARYDAK	\$0 (Nivel 5)	PA LA
FOTIVDA	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA MO
GAVRETO	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
GILOTRIF	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
HERCEPTIN HYLECTA	\$0 (Nivel 5)	PA
IBRANCE	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
ICLUSIG TABS 10MG, 30MG	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
ICLUSIG TABS 45MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
ICLUSIG TABS 15MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 c/u por 30 días) PA LA MO
IDHIFA	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>imatinib mesylate tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>imatinib mesylate tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
IMBRUVICA SUSP	\$0 (Nivel 5)	QL (216 ML por 27 días) PA LA MO
IMBRUVICA TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (30 c/u por 30 días) PA LA MO
IMBRUVICA CAPS 70MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u cada 28 días) PA LA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
IMBRUVICA CAPS 140MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 c/u por 30 días) PA LA MO
INLYTA TABS 5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
INLYTA TABS 1MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
INREBIC	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
IRESSA	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
ISTODAX (OVERFILL)	\$0 (Nivel 5)	
JAKAFI	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
KADCYLA	\$0 (Nivel 5)	
KEYTRUDA INJ 100MG/4ML	\$0 (Nivel 5)	PA
KISQALI	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LIBTAYO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LORBRENA TABS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
LORBRENA TABS 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
LUMAKRAS	\$0 (Nivel 5)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
LUMOXITI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LYNPARZA	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
MEKINIST TABS 2MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
MEKINIST TABS 0.5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
MEKTOVI	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
MONJUVI	\$0 (Nivel 5)	PA LA
MYLOTARG	\$0 (Nivel 5)	PA LA
NERLYNX	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
NEXAVAR	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
NINLARO	\$0 (Nivel 5)	PA
ODOMZO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
PADCEV	\$0 (Nivel 5)	PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PEMAZYRE	\$0 (Nivel 5)	QL (14 c/u por 21 días) PA LA
PHESGO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
PIQRAY 250MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
POLIVY	\$0 (Nivel 5)	PA
POTELIGEO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
QINLOCK	\$0 (Nivel 5)	QL (90 c/u por 30 días) PA LA MO
RETEVMO CAPS 80MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
RETEVMO CAPS 40MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
RITUXAN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
RITUXAN HYCELA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>romidepsin</i>	\$0 (Nivel 5)	
ROZLYTREK CAPS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (150 c/u cada 30 días) PA LA
ROZLYTREK CAPS 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
RUBRACA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
RUXIENCE	\$0 (Nivel 5)	PA
RYDAPT	\$0 (Nivel 5)	QL (224 c/u por 28 días) PA
SARCLISA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
SCSEMBLIX TABS 40MG	\$0 (Nivel 5)	QL (300 EA por 30 días) PA
SCSEMBLIX TABS 20MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
<i>sorafenib tosylate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
SPRYCEL TABS 100MG, 140MG, 50MG, 70MG, 80MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
SPRYCEL TABS 20MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
STIVARGA	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
<i>sunitinib malate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
SUTENT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
TABRECTA	\$0 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA
TAFINLAR	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
TAGRISSE	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
TALZENNA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TASIGNA	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
TAZVERIK	\$0 (Nivel 5)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
TECENTRIQ	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>temsirolimus</i>	\$0 (Nivel 5)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TEPMETKO	\$0 (Nivel 5)	QL (60 c/u por 30 días) PA LA MO
TIBSOVO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TRODELVY	\$0 (Nivel 5)	PA LA
TRUSELTIQ CPPK 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (21 EA por 28 días) PA LA
TRUSELTIQ CPPK 125MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (42 c/u por 28 días) PA LA
TRUSELTIQ CPPK 75MG	\$0 (Nivel 5)	QL (63 EA por 28 días) PA LA
TUKYSA TABS 150MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u cada 30 días) PA LA MO
TUKYSA TABS 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA MO
TURALIO	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u cada 30 días) PA LA MO
UKONIQ	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
VELCADE	\$0 (Nivel 5)	PA
VENCLEXTA STARTING PACK	\$0 (Nivel 5)	QL (42 c/u por 28 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 10MG	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
VENCLEXTA TABS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VERZENIO	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VITRAKVI SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (300 ML por 30 días) PA LA
VITRAKVI CAPS 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VITRAKVI CAPS 100MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
VIZIMPRO	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
VONJO	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
VOTRIENT	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
XALKORI	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
XOSPATA	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (20 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (8 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (16 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (12 c/u por 28 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (24 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (16 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (20MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (32 c/u por 28 días) PA LA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY (40MG TABS) AND 60 MG ONCE WEEKLY (60MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (4 c/u por 28 días) PA LA MO
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY (40MG TABS), 40 MG TWICE WEEKLY (40MG TABS), 100MG ONCE WEEKLY (50MG TABS)	\$0 (Nivel 5)	QL (8 c/u por 28 días) PA LA MO
YERVOY	\$0 (Nivel 5)	PA
ZEJULA	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ZELBORAF	\$0 (Nivel 5)	QL (240 c/u por 30 días) PA LA
ZIRABEV	\$0 (Nivel 5)	PA
ZOLINZA	\$0 (Nivel 5)	PA
ZYDELIG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
ZYKADIA	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
AGENTES PROTECTORES		
<i>dexrazoxane inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dexrazoxane inj 250mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
ELITEK	\$0 (Nivel 5)	
KHAPZORY	\$0 (Nivel 5)	B/D
<i>leucovorin calcium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>leucovorin calcium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levoleucovorin calcium inj 50mg</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>levoleucovorin calcium inj 250mg/25ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levoleucovorin calcium inj 175mg/17.5ml</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>mesna</i>	\$0 (Nivel 4)	
MESNEX TABS 400MG	\$0 (Nivel 5)	MO
CARDIOVASCULARES		
COMBINACIONES DE INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide tabs 5mg; 6.25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide tabs 10mg; 12.5mg, 20mg; 12.5mg, 20mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl tabs 10mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>benazepril hydrochloride tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>captopril</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>enalapril maleate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>fosinopril sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lisinopril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>moexipril hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>perindopril erbumine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>quinapril hcl tabs 20mg, 40mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>quinapril hydrochloride tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>ramipril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trandolapril</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ANTAGONISTAS DE RECEPTORES DE ALDOSTERONA		
<i>eplerenone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
KERENDIA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>spironolactone</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ALFA-BLOQUEANTES		
<i>doxazosin mesylate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prazosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>terazosin hcl tabs 10mg, 1mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>terazosin hydrochloride tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
COMBINACIONES/ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amlodipine/valsartan/hctz tabs 10mg; 12.5mg; 160mg, 10mg; 25mg; 160mg, 10mg; 25mg; 320mg, 5mg; 25mg; 160mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide tabs 5mg; 12.5mg; 160mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 32mg; 12.5mg, 32mg; 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide tabs 16mg; 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
EDARBYCLOR	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ENTRESTO	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/amlodipine</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 40mg, 25mg; 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide tabs 12.5mg; 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>candesartan cilexetil</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
EDARBI	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>irbesartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>losartan potassium tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>olmesartan medoxomil</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>telmisartan</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs 320mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>valsartan tabs 160mg, 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl inj 50mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>amiodarone hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>amiodarone hydrochloride inj 150mg/3ml, 450mg/9ml, 900mg/18ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>disopyramide phosphate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>dofetilide</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flecainide acetate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
LIDOCAINE HCL IN D5W	\$0 (Nivel 4)	
LIDOCAINE HCL INJ 100MG/5ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine hcl inj 100mg/5ml, 50mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
MULTAQ	\$0 (Nivel 4)	MO
NORPACE CR	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pacerone</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>propafenone hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propafenone hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>quinidine sulfate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sorine</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sotalol hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>sotalol hydrochloride af tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
<i>fenofibrate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibrate micronized</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fenofibric acid dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>gemfibrozil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
ANTILIPÉMICOS, INHIBIDORES DE LA HMG-CoA REDUCTASA		
<i>atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluvastatin sodium er</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>lovastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>pravastatin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>simvastatin</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cholestyramine light</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>colesevelam hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>colestipol hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>colestipol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>niacin tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>niacin er tbc 1000mg, 750mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>niacin er tbc 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>niacor</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PRALUENT	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>prevalite</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
VASCEPA	\$0 (Nivel 4)	MO
COMBINACIONES DE BETA BLOQUEANTE/DIURÉTICO		
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BETA BLOQUEANTES		
<i>acebutolol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>atenolol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>betaxolol hcl tabs 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bisoprolol fumarate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BYSTOLIC TABS 10MG, 2.5MG, 5MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
BYSTOLIC TABS 20MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>carvedilol tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>carvedilol caps er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>labetalol hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>labetalol hydrochloride inj 5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>metoprolol tartrate tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoprolol tartrate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nadolol</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nebivolol hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nebivolol tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>pindolol</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol hcl er caps 120mg, 160mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>propranolol hcl oral soln, tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol hcl inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>propranolol hydrochloride tabs 10mg, 20mg, 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>propranolol hydrochloride er caps 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>afeditab cr</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>amlodipine besylate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>cartia xt</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dilt-xr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl cd (generic Cardizem CD) caps 360mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl caps er (generic Cardizem SR and Tiazac) 120mg, 180mg, 240mg, 420mg, 60mg, 90mg and tabs er (generic Cardizem LA) 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diltiazem hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DILTIAZEM HCL INJ 100MG	\$0 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hcl inj 125mg/25ml, 50mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hydrochloride inj 25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diltiazem hydrochloride caps er (generic Cardizem CD, Dilacor XR, and Tiazac) 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>felodipine er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isradipine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>matzim la tb24 420mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>matzim la tb24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nicardipine hcl caps 20mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nifedipine er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nimodipine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nisoldipine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>taztia xt</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er cp24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tiadylt er cp24 420mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl tabs 40mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hcl er caps and tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VERAPAMIL HCL SR CP24 360MG	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>verapamil hcl sr caps 24hr 120mg, 180mg, 240mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hcl sr tbc 240mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>verapamil hydrochloride er 24hr 200mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>verapamil hydrochloride tabs 120mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>verapamil hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide er caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>acetazolamide tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>amiloride hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bumetanide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>chlorthalidone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>furosemide oral soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>furosemide inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>indapamide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methazolamide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metolazone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>toremide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
VARIOS		
<i>aliskiren</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
BIDIL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clonidine hcl patches</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>clonidine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
CORLANOR SOLN	\$0 (Nivel 4)	
CORLANOR TABS	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>digitek</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digox</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días)
<i>digoxin oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>digoxin inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>digoxin tabs 125mcg, 250mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>digoxin tabs 62.5mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>droxidopa caps 200mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA
<i>droxidopa caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>epinephrine inj 30mg/30ml</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>guanfacine hcl tabs 1mg, 2 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>guanfacine hydrochloride tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydralazine hcl tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydralazine hcl inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hydralazine hydrochloride 100mg, 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methyl dopa tabs 250mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>methyl dopa tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>metyrosine</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>midodrine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>minoxidil</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ranolazine er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate tabs 10mg, 20mg, 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>isosorbide dinitrate tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>isosorbide mononitrate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>minitran</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITRO-BID	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>nitroglycerin lingual spray</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nitroglycerin transdermal</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NITROGLYCERIN INJ	\$0 (Nivel 4)	
<i>nitroglycerin sl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA
<i>alyq</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>ambrisentan</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>bosentan tabs 62.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
<i>bosentan tabs 125mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>epoprostenol sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D LA
OPSUMIT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>sildenafil inj</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (1125 ML por 30 días) PA
<i>sildenafil citrate tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA
<i>tadalafil</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
TRACLEER TAB FOR ORAL SUSP 32MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>treprostinil</i>	\$0 (Nivel 5)	PA LA
VENTAVIS	\$0 (Nivel 5)	PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL		
<i>ANSIOLÍTICOS</i>		
<i>alprazolam er tb24 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>alprazolam er tb24 1mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam er tb24 3mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam er tb24 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
ALPRAZOLAM INTENSOL	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs 0.25mg, 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>alprazolam tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>bupirone hcl tabs 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>bupirone hydrochloride tabs 10mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>chlordiazepoxide hcl caps 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>chlordiazepoxide hydrochloride caps 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fluvoxamine maleate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lorazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (150 ML por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lorazepam tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>meprobamate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>oxazepam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>ANTICONVULSIVOS</i>		
APTIOM	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
BANZEL TABS 400MG	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
BANZEL TABS 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (480 c/u por 30 días) PA MO
BRIVIACT TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
BRIVIACT INJ	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA
BRIVIACT ORAL SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA MO
<i>carbamazepine</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbamazepine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
CELONTIN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clobazam susp</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) PA MO
<i>clobazam tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>clonazepam odt tbdp 2mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam odt tbdp 0.125mg, 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (300 EA por 30 días) MO
<i>clonazepam tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>clorazepate dipotassium tabs 15mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i>clorazepate dipotassium tabs 3.75mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
DIACOMIT CAPS 500MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT CAPS 250MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACK 500MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
DIACOMIT PACK 250MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
<i>diazepam intensol</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
DIAZEPAM RECTAL GEL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>diazepam tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>diazepam oral conc 5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
<i>diazepam oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) PA MO
<i>diazepam inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 ML por 30 días) PA MO
DILANTIN	\$0 (Nivel 4)	MO
DILANTIN INFATABS	\$0 (Nivel 4)	MO
DILANTIN-125 ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>divalproex sodium dr</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>divalproex sodium er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>divalproex sodium sprinkle caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
EPIDIOLEX	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA LA
<i>epitol</i>	\$0 (Nivel 2)	
EPRONTIA	\$0 (Nivel 4)	QL (480 ML por 30 días) MO
<i>ethosuximide caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ethosuximide soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>felbamate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
FINTEPLA	\$0 (Nivel 5)	QL (360 ML por 30 días) PA LA
<i>fosphenytoin sodium inj 100mg pe/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fosphenytoin sodium inj 500mg pe/10ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
FYCOMPA SUSP	\$0 (Nivel 5)	QL (720 ML por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 2MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 10MG, 12MG, 8MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FYCOMPA TABS 4MG, 6MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gabapentin caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin caps 400mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (270 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin caps 300mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2160 ML por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs 600mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>gabapentin tabs 800mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1200 ML por 30 días) MO
<i>lacosamide inj</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>lacosamide tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>lacosamide tabs 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>lamotrigine tabs, chew tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lamotrigine er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine odt</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levetiracetam er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levetiracetam oral soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levetiracetam inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
NAYZILAM	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>oxcarbazepine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>oxcarbazepine susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>phenobarbital sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>phenobarbital tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>phenobarbital elix</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1500 ML por 30 días) PA MO
PHENYTEK	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>phenytoin oral susp 125mg/5ml, chew tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>phenytoin sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>phenytoin sodium extended caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>pregabalin caps 100mg, 150mg, 25mg, 50mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin caps 225mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin caps 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) PA MO
<i>primidone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>roweepra tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>rufinamide oral susp</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (2760 ML por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tabs 400mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>rufinamide tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (480 c/u por 30 días) PA MO
SPRITAM	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>subvenite</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>subvenite starter kit/blue</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>subvenite starter kit/green</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>subvenite starter kit/orange</i>	\$0 (Nivel 4)	
SYMPAZAN FILM 5MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
SYMPAZAN FILM 10MG, 20MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>tiagabine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
TOPIRAMATE ER	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>topiramate sprinkle caps</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>topiramate tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>topiramate tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>valproate sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>valproic acid</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
VALTOCO	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>vigabatrin</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
<i>vigadrone</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
VIMPAT INJ	\$0 (Nivel 5)	
VIMPAT ORAL SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (1200 ML por 30 días) MO
VIMPAT TABS 50MG	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
VIMPAT TABS 100MG, 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABS 100MG, 150MG, 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
XCOPRI TABS 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) MO
XCOPRI TITRATION PACK 12.5MG-25MG	\$0 (Nivel 4)	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI TITRATION PACK 50MG-100MG, 150MG-200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) MO
XCOPRI MAINTENANCE PACK 150MG-200MG, 100MG-150MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días)
XCOPRI MAINTENACE PACK 50MG-200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) MO
ZONISADE	\$0 (Nivel 5)	QL (900 ml por 30 días) PA
<i>zonisamide</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ZTALMY	\$0 (Nivel 5)	QL (1100 ML por 30 días) PA LA MO
ANTIDEMENCIA		
<i>donepezil hcl tabs odt</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hcl tabs 23mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>donepezil hydrochloride tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (200 ML por 30 días) MO
<i>galantamine hydrobromide tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
MEMANTINE HCL TITRATION PAK	\$0 (Nivel 3)	QL (98 EA por 365 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>memantine hydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 ML por 30 días) PA MO
<i>memantine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
NAMZARIC	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>rivastigmine tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rivastigmine transdermal system</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl tabs 100mg, 150mg, 25mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>amitriptyline hydrochloride tabs 10mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>amoxapine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bupropion hcl tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (sr) tb12 100mg, 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride er (xl) tb24 150mg, 300mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>bupropion hydrochloride tabs 75mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>citalopram hydrobromide soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>citalopram hydrobromide tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>clomipramine hcl caps</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>desipramine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
DESVENLAFAXINE ER (GENERIC KHEDEZLA) TB24 100MG, 50MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días)

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desvenlafaxine er (generic Pristiq) tb24</i> 100mg, 25mg, 50mg	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>doxepin hcl caps 75mg, 150mg, oral conc</i> 10mg/ml	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>doxepin hydrochloride caps 100mg, 10mg,</i> 150mg, 25mg, 50mg	\$0 (Nivel 3)	PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG, 30MG, 60MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40MG	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i>duloxetine hcl caps 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>duloxetine hydrochloride caps 20mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
EMSAM	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>escitalopram oxalate soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (600 ML por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>escitalopram oxalate tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (45 EA por 30 días) MO
FETZIMA TITRATION PACK	\$0 (Nivel 4)	PA MO
FETZIMA CP24 120MG, 80MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FETZIMA CP24 20MG, 40MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>fluoxetine dr caps 90mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>fluoxetine hcl caps 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hcl soln</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoxetine hydrochloride caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride caps 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>fluoxetine hydrochloride (generic Prozac) tabs</i> 10mg, 20mg	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluoxetine hydrochloride tabs 60mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>imipramine hcl tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>imipramine hydrochloride tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>imipramine pamoate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>maprotiline hcl tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>maprotiline hcl tabs 25mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
MARPLAN	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>mirtazapine odt</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>nefazodone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nortriptyline hcl caps 25mg, 75mg, soln</i> 10mg/5ml	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>nortriptyline hydrochloride caps 10mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>paroxetine hcl tabs 30mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl er tb24 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hcl er tb24 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride tabs 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paroxetine hydrochloride susp</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
PAXIL ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
<i>perphenazine/amitriptyline</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>phenelzine sulfate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>protriptyline hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>sertraline hcl tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hcl tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hydrochloride tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>sertraline hydrochloride oral conc</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>tranylcypromine sulfate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trazodone hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>trimipramine maleate caps 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate caps 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (240 EA por 30 días) PA MO
<i>trimipramine maleate caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
TRINTELLIX TABS 5MG	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
TRINTELLIX TABS 20MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRINTELLIX TABS 10MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
VENLAFAXINE BESYLATE ER	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días)
<i>venlafaxine hcl er cp24 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er cp24 150mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl er tb24 37.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hcl tabs 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>venlafaxine hydrochloride er cp24 75mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hydrochloride er tb24 225mg, 75mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>venlafaxine hydrochloride er tb24 150mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
VIIBRYD	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
VIIBRYD STARTER PACK	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>vilazodone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
AGENTES ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>amantadine hcl soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>amantadine hcl caps</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>benztropine mesylate</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>bromocriptine mesylate tabs, caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa tabs</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>carbidopa/levodopa</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>carbidopa/levodopa er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>entacapone</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10MG, 15MG, 20MG, 25MG, 30MG	\$0 (Nivel 5)	QL (150 EA por 30 días) PA
NEUPRO	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pramipexole dihydrochloride immediate release tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>rasagiline mesylate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ropinirole er tb24 6mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 12mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole er tb24 8mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>ropinirole hcl immediate release tabs 0.5mg, 1mg, 2mg, 4mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ropinirole hydrochloride immediate release tabs 0.25mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>selegiline hcl tabs, caps</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>trihexyphenidyl hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>trihexyphenidyl hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>aripiprazole odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>aripiprazole soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
ARISTADA INITIO	\$0 (Nivel 5)	
ARISTADA INJ 441MG/1.6ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.6 ML por 28 días)
ARISTADA INJ 662MG/2.4ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 28 días)

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ARISTADA INJ 882MG/3.2ML	\$0 (Nivel 5)	QL (3.2 ML por 28 días)
ARISTADA INJ 1064MG/3.9ML	\$0 (Nivel 5)	QL (3.9 ML por 56 días)
<i>asenapine maleate sl</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
CAPLYTA	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>chlorpromazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorpromazine hcl inj 50mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>chlorpromazine hcl inj 25mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorpromazine hydrochloride oral conc</i>	\$0 (Nivel 4)	
CLOZAPINE ODT TBDP 150MG	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) PA
CLOZAPINE ODT TBDP 200MG	\$0 (Nivel 5)	QL (135 EA por 30 días) PA
<i>clozapine odt tbdp 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>clozapine odt tbdp 100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (270 EA por 30 días) PA
<i>clozapine tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>clozapine tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (135 c/u por 30 días)
<i>clozapine tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (270 c/u por 30 días)
FANAPT TITRATION PACK	\$0 (Nivel 4)	PA MO
FANAPT TABS 1MG	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
FANAPT TABS 10MG, 12MG, 2MG, 4MG, 6MG, 8MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>fluphenazine decanoate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluphenazine hcl oral conc, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>fluphenazine hcl inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluphenazine hydrochloride oral elixir</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>haloperidol tabs, oral conc</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>haloperidol decanoate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>haloperidol lactate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
INVEGA HAFYERA INJ 1092MG/3.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (3.5 ML por 154 días)
INVEGA HAFYERA INJ 1560MG/5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (5 ML por 154 días)
INVEGA SUSTENNA INJ 39MG/0.25ML	\$0 (Nivel 4)	QL (0.25 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 78MG/0.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 117MG/0.75ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.75 ML por 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 156MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML cada 28 días) MO
INVEGA SUSTENNA INJ 234MG/1.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
INVEGA TRINZA INJ 273MG/0.88ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.88 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INJ 410MG/1.32ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.32 ML por 90 días)
INVEGA TRINZA INJ 546MG/1.75ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1.75 ML por 90 días)

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INVEGA TRINZA INJ 819MG/2.63ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2.63 ML por 90 días)
LATUDA TABS 120MG, 20MG, 40MG, 60MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
LATUDA TABS 80MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>loxapine caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>loxapine succinate caps 25mg, 50mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>molindone hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	
NUPLAZID	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>olanzapine odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olanzapine inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (3 EA por 1 días) MO
<i>olanzapine tabs 10mg, 15mg, 20mg, 5mg, 7.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>olanzapine tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tb24 1.5mg, 3mg, 9mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>paliperidone er tb24 6mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>perphenazine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PERSERIS	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 30 días)
<i>pimozide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 150mg, 200mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>quetiapine fumarate er tb24 300mg, 400mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>quetiapine fumarate tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 300mg, 400mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>quetiapine fumarate tabs 100mg, 150mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS 3MG, 4MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
REXULTI TABS 0.25MG, 0.5MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) MO
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG, 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone odt tbdp 0.25mg, 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>risperidone soln</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (480 ML por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>risperidone tabs 0.25mg, 0.5mg, 3mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SECUADO PT24 3.8MG/24HR, 7.6MG/24HR	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días)
SECUADO PT24 5.7MG/24HR	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>thioridazine hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>thiothixene</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trifluoperazine hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
VERSACLOZ	\$0 (Nivel 5)	QL (600 ML por 30 días) PA
VRAYLAR CAP THERAPY PACK	\$0 (Nivel 4)	MO
VRAYLAR CAPS 3MG, 4.5MG, 6MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) MO
VRAYLAR CAPS 1.5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ziprasidone hcl caps</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>ziprasidone mesylate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 EA por 3 días)
ZYPREXA RELPREVV INJ 210MG	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 28 días) PA MO
ZYPREXA RELPREVV INJ 405MG	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA MO
ZYPREXA RELPREVV INJ 300MG	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA MO
TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y DÉFICIT DE ATENCIÓN		
<i>amphetamine/dextroamphetamine er cp24</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>amphetamine/dextroamphetamine tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride caps 18mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine hydrochloride caps 100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 60mg, 80mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>atomoxetine caps 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl er caps 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg, 35mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hcl tabs 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er caps 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexmethylphenidate hydrochloride tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>dextroamphetamine sulfate soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>guanfacine er tabs 1mg, 2mg, 4mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>guanfacine hydrochloride er tabs 3mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>methylphenidate hydrochloride cd er caps 20mg, 30mg, 50mg, 60mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 60mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 10mg, 20mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er cp24 (generic Ritalin LA) 30mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días)
<i>methylphenidate hydrochloride cd er caps 10mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE ER TBCR 72MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr (generic Concerta) 18mg, 27mg, 36mg, 54mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride er tbcr 10mg, 20mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride soln 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1800 ML por 30 días) MO
<i>methylphenidate hydrochloride soln 10mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (900 ML por 30 días) MO
VYVANSE	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zenzedi tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (180 EA por 30 días)
HIPNÓTICOS		
BELSOMRA	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>doxepin hydrochloride tabs 3mg, 6mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>eszopiclone</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
HETLIOZ CAPS	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
HETLIOZ LQ ORAL SUSP	\$0 (Nivel 5)	QL (158 ML por 30 días) PA MO
<i>temazepam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>triazolam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>zaleplon caps 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>zaleplon caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>zolpidem tartrate immediate release tabs 10mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MIGRAÑA		
AIMOVIG	\$0 (Nivel 3)	QL (1 ML por 30 días) PA
<i>almotriptan malate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (8 c/u por 30 días) MO
<i>dihydroergotamine mesylate inj</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>dihydroergotamine mesylate nasal soln</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 30 días) PA MO
<i>eletriptan hydrobromide</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>frovatriptan succinate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>naratriptan hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (9 EA por 30 días) MO
NURTEC	\$0 (Nivel 5)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
<i>rizatriptan benzoate odt</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>rizatriptan benzoate tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan nasal spray</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (12 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate refill inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (9 EA por 30 días) MO
<i>sumatriptan succinate prefilled syringe 6mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días)
<i>sumatriptan succinate inj 4mg/0.5ml, 6mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 ML por 30 días) MO
<i>sumatriptan/naproxen sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (9 EA por 30 días) MO
UBRELVY	\$0 (Nivel 5)	QL (16 c/u por 30 días) PA MO
<i>zolmitriptan tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 c/u por 30 días) MO
<i>zolmitriptan odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (6 c/u por 30 días) MO
VARIOS		
AUSTEDO TABS 12MG, 9MG	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA
AUSTEDO TABS 6MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
GUANIDINE HCL	\$0 (Nivel 4)	
<i>lithium carbonate caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>lithium carbonate er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LITHIUM ORAL SOLN	\$0 (Nivel 4)	MO
NUEDEXTA	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pregabalin er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>pyridostigmine bromide er</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>pyridostigmine bromide tabs 60mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>riluzole</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tetrabenazine tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días) PA LA
<i>tetrabenazine tabs 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
AVONEX	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA
AVONEX PEN	\$0 (Nivel 5)	QL (1 EA por 28 días) PA
BETASERON	\$0 (Nivel 5)	QL (14 EA por 28 días) PA
COPAXONE INJ 40MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (12 ML por 28 días) PA
COPAXONE INJ 20MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (30 ML por 30 días) PA
<i>dalfampridine er</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i> fingolimod</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
GILENYA CAPS 0.5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) PA
KESIMPTA	\$0 (Nivel 5)	QL (6.4 ML por 365 días) PA
TECFIDERA STARTER PACK	\$0 (Nivel 5)	QL (120 c/u por 365 días) PA LA
TECFIDERA CPDR 120MG	\$0 (Nivel 5)	QL (14 c/u por 7 días) PA LA
TECFIDERA CPDR 240MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
AGENTES PARA EL TRATAMIENTO DE AFECCIONES OSTEOMUSCULARES		
<i> baclofen tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i> chlorzoxazone tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 EA por 30 días) PA MO
<i> cyclobenzaprine hydrochloride tabs 5mg, 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i> dantrolene sodium caps 25mg, 50mg, 100mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i> tizanidine hcl caps, tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i> tizanidine hydrochloride tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NARCOLEPSIA/CATAPLEJÍA		
<i> armodafinil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i> modafinil tabs 100mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i> modafinil tabs 200mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
XYREM	\$0 (Nivel 5)	QL (540 ML por 30 días) PA LA
PSICOTERAPÉUTICOS-VARIOS		
<i> acamprosate calcium dr</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
APO-VARENICLINE	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i> buprenorphine hcl subl tabs 2mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
<i> buprenorphine hcl/naloxone hcl subl tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i> buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 12mg; 3mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i> buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 2mg; 0.5mg, 4mg; 1mg, 8mg; 2mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i> bupropion hydrochloride er (sr) tb12 150mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CHANTIX	\$0 (Nivel 4)	PA MO
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	\$0 (Nivel 4)	PA MO
CHANTIX STARTING MONTH PAK	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>disulfiram tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>naloxone hcl inj 4mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naloxone hcl inj 2mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>naloxone hydrochloride liqd</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>naloxone hydrochloride inj 0.4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>naloxone hcl cartridge 0.4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>naltrexone hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
NARCAN	\$0 (Nivel 3)	MO
NICOTROL INHALER	\$0 (Nivel 4)	MO
NICOTROL NASAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	QL (360 ML por 365 días) MO
VARENICLINE STARTING MONTH BOX	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>varenicline tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
VIVITROL	\$0 (Nivel 5)	
ENDOCRINOS Y METABÓLICOS		
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
<i>oxandrolone tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>oxandrolone tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>testosterone cypionate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>testosterone enanthate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>testosterone pump gel 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) PA MO
<i>testosterone topical solution</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (180 ML por 30 días) PA MO
<i>testosterone pump gel 2% (10mg/act)</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>testosterone gel 1% (25mg/2.5gm, 50mg/5gm)</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (300 G por 30 días) PA MO
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BD ALCOHOL SWABS	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
BASAGLAR KWIKPEN	\$0 (Nivel 3)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.5ML/30G X 1/2"	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16"	\$0 (Nivel 1)	MO
NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA PEN NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE	\$0 (Nivel 1)	MO
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/0.3ML/31G X 15/64"	\$0 (Nivel 1)	MO
CURITY GAUZE PADS 2"X2"	\$0 (Nivel 1)	MO
FIASP	\$0 (Nivel 3)	MO
FIASP FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
FIASP PENFILL	\$0 (Nivel 3)	MO
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	\$0 (Nivel 5)	MO
LEVEMIR	\$0 (Nivel 3)	MO
LEVEMIR FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN N FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLIN R FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG MIX 70/30 VIAL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
NOVOLOG PENFILL (BRAND RELION NOT COVERED)	\$0 (Nivel 3)	MO
SOLIQUA 100/33	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
TRESIBA	\$0 (Nivel 3)	MO
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0 (Nivel 3)	MO
XULTOPHY 100/3.6	\$0 (Nivel 3)	QL (15 ML por 30 días) MO
ANTIDIABÉTICOS		
<i>acarbose tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
BYDUREON BCISE	\$0 (Nivel 3)	QL (3.4 ML por 28 días) MO
BYDUREON PEN	\$0 (Nivel 3)	QL (4 EA por 28 días)
BYETTA INJ 5MCG/0.02ML	\$0 (Nivel 4)	QL (1.2 ML por 30 días) MO
BYETTA INJ 10MCG/0.04ML	\$0 (Nivel 4)	QL (2.4 ML por 30 días) MO
FARXIGA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glimepiride tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tb24 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide er tb24 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tb24 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>glipizide xl tb24 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 500mg, 5mg; 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide/metformin hydrochloride tabs 2.5mg; 250mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>glipizide tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
GLYXAMBI	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 100MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JANUMET XR TB24 1000MG; 50MG, 500MG; 50MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JANUVIA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS 25MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JARDIANCE TABS 10MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
JENTADUETO	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
JENTADUETO XR TB24 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
JENTADUETO XR TB24 2.5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Glucophage XR) 750mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride er tb24 (generic Glumetza and Fortamet) 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días) PA MO
<i>metformin hydrochloride tabs 500mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (150 EA por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tabs 1000mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (75 c/u por 30 días) MO
<i>metformin hydrochloride tabs 850mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>miglitol</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>nateglinide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (0.25MG OR 0.5MG/DOSE)	\$0 (Nivel 3)	QL (1.5 ML por 28 días) MO
OZEMPIC INJ 2MG/1.5ML (1MG/DOSE)	\$0 (Nivel 3)	QL (3 ML por 28 días)
OZEMPIC INJ 4MG/3ML, 5.5MG/ML; 14MG/ML; 8MG/3ML	\$0 (Nivel 3)	QL (3 ML por 28 días) MO
<i>pioglitazone hcl tabs 45mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>pioglitazone hydrochloride tabs 15mg, 30mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>repaglinide tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (240 EA por 30 días) MO
RYBELSUS	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYMLINPEN 120	\$0 (Nivel 5)	QL (10,8 ML por 30 días) PA MO
SYMLINPEN 60	\$0 (Nivel 5)	QL (12 ML por 30 días) PA MO
SYNJARDY XR TB24 25MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
SYNJARDY XR TB24 10MG; 1000MG, 12.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
SYNJARDY TABS 12.5MG; 1000MG, 12.5MG; 500MG, 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRADJENTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
TRIJARDY XR TB24 10MG; 5MG; 1000MG, 25MG; 5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRIJARDY XR TB24 12.5MG; 2.5MG; 1000MG, 5MG; 2.5MG; 1000MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
TRULICITY	\$0 (Nivel 3)	QL (2 ML por 28 días) MO
VICTOZA	\$0 (Nivel 3)	QL (9 ML por 30 días) MO
XIGDUO XR TB24 10MG; 1000MG, 10MG; 500MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XIGDUO XR TB24 2.5MG; 1000MG, 5MG; 1000MG, 5MG; 500MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium oral soln</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>alendronate sodium tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>alendronate sodium tabs 35mg, 70mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>calcitonin-salmon nasal spray</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
FORTEO	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>ibandronate sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1 EA por 30 días) MO
<i>ibandronate sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (3 ML por 90 días) MO
NATPARA	\$0 (Nivel 5)	PA
PAMIDRONATE DISODIUM INJ 6MG/ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>pamidronate disodium inj 30mg/10ml, 30mg, 90mg/10ml, 90mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
PROLIA	\$0 (Nivel 4)	QL (1 ML por 180 días)
<i>risedronate sodium dr tab 35mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 150mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (1 EA por 28 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 35mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (12 EA por 84 días) MO
<i>risedronate sodium tabs 30mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
XGEVA	\$0 (Nivel 5)	PA
ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/100ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>zoledronic acid inj 4mg/5ml, 5mg/100ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
AGENTES QUELANTES		
CHEMET	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>deferasirox granules pack</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>deferasirox tabs 90mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>deferasirox tabs 180mg, 360mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>deferasirox tabs for oral susp 125mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA
<i>deferasirox tabs for oral susp 250mg, 500mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
LOKELMA	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>penicillamine tabs</i>	\$0 (Nivel 5)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sps oral susp 15gm/60ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>trientine hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
VELTASSA PACK 16.8GM, 25.2GM	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
VELTASSA PACK 8.4GM	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) PA MO
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>altavera</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amethia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>amethyst</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>apri</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aranelle</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ashlyna</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aubra eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aurovela fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>aviane</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>ayuna</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>balziva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bekyree</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>blisovi 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>blisovi fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>briellyn</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>camila</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CAMRESE	\$0 (Nivel 3)	
CAMRESE LO	\$0 (Nivel 3)	
<i>caziant</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>charlotte 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>chateal eq</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>cryselle-28</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>cyclafem 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyred</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>cyred eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>dasetta 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>daysee</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>deblitane</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>delyla</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dolishale</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>elimest</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>eluryng</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>emoquette</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enpresse-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enskyce</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>errin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estarylla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>falmina</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>fayosim</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>femynor</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>finzala</i>	\$0 (Nivel 2)	
GIANVI	\$0 (Nivel 3)	
<i>hailey 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hailey 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>hailey fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>heather</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>iclevia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>incassia</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>introvale</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>isibloom</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jaimiess</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>jasmiel</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>jencycla</i>	\$0 (Nivel 3)	
JOLESSA	\$0 (Nivel 3)	
<i>juleber</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>junel fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>junel fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>junel fe 24</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kaitlib fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kalliga</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kariva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>kelnor 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kelnor 1/50</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>kurvelo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>larissia</i>	\$0 (Nivel 2)	
LEENA	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>lessina</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonest</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levora 0.15/30-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lillow</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lo-zumandimine</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin 1/20-21</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>loestrin fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lojaimiess</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>loryna</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>low-ogestrel</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>lutra</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>lyleq</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lyza</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>marlissa</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>medroxyprogesterone acetate inj 150mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>melodetta 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mibelas 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1.5/30	\$0 (Nivel 3)	
MICROGESTIN 1/20	\$0 (Nivel 3)	
<i>microgestin 24 fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0 (Nivel 3)	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0 (Nivel 3)	
<i>mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>mono-linyah</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>necon 0.5/35-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nikki</i>	\$0 (Nivel 2)	
NORA-BE	\$0 (Nivel 3)	
<i>norethindrone tabs 0.35mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous fumarate tabs, chew tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 20mcg; 1mg, 30mcg; 1.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>norlyda</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>norlyroc</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 1/35 tabs 28-day regimen</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nortrel 1/35 tabs 21-day regimen</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nortrel 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>nylia 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>nymyo</i>	\$0 (Nivel 2)	
OCELLA	\$0 (Nivel 3)	
<i>orsythia</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ORTHO MICRONOR	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>philith</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pimtrea</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>pirmella 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>pirmella 7/7/7</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>portia-28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>previfem</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>reclipsen</i>	\$0 (Nivel 2)	
RIVELSA	\$0 (Nivel 3)	
<i>setlakin</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sharobel</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>simliya</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>simpesse</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sprintec 28</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>sronyx</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>syeda</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina fe 1/20</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	\$0 (Nivel 2)	
TILIA FE	\$0 (Nivel 3)	
<i>tri femynor</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-estarylla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-legest fe</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-linyah</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-estarylla</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-marzia</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-lo-sprintec</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tri-mili</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-nymyo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-previfem</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-sprintec</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri-vylibra lo</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>trivora-28</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>tydemy</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>velivet</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>vestura</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vienva</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>viorele</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>volnea</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>vyfemla</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>vylibra</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wera</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>wymzya fe</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zarah</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zovia 1/35</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>zumandimine</i>	\$0 (Nivel 2)	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol caps</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SYNAREL	\$0 (Nivel 5)	MO
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DELESTROGEN INJ 10MG/ML	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dotti pttw 0.0375mg/24hr, 0.05mg/24hr, 0.075mg/24hr, 0.1mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días)
<i>dotti pttw 0.025mg/24hr</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
DUAVEE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol valerate inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>estradiol/norethindrone acetate tabs 1mg/0.5mg, 0.5mg/0.1mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estradiol oral tabs, vaginal tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>estradiol patch weekly</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>estradiol patch twice weekly</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días) MO
<i>estradiol vaginal cream</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ESTRING	\$0 (Nivel 4)	QL (1 EA por 90 días) MO
<i>fyavolv</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>jinteli</i>	\$0 (Nivel 3)	
LOPREEZA	\$0 (Nivel 3)	
<i>lyllana</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (8 EA por 28 días)
<i>mimvey</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol tabs 2.5mcg; 0.5mg, 5mcg; 1mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
PREMARIN	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
PREMPRO	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>yuvafem</i>	\$0 (Nivel 3)	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone tabs, oral soln, oral elixir</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 10mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dexamethasone sodium phosphate inj 100mg/10ml, 10mg/ml pf, 120mg/30ml, 20mg/5ml, 4mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fludrocortisone acetate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone tabs 10mg, 20mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>methylprednisolone acetate inj</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>methylprednisolone dose pack</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 125mg, 40mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 500mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>methylprednisolone sodium succinate inj 1000mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>methylprednisolone tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone oral soln 15mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>prednisolone sodium phosphate oral soln 10mg/5ml, 15mg/5ml, 20mg/5ml, 25mg/5ml, 5mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
PREDNISONO INTENSOL	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>prednisone soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	B/D MO
<i>prednisone tab therapy pack</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
SOLU-CORTEF	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide inj 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES HIPERGLUCEMIANTES		
<i>diazoxide oral susp</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	\$0 (Nivel 3)	MO
GVOKE KIT	\$0 (Nivel 3)	MO
GVOKE PFS	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
VARIOS		
<i>acetylcysteine inj 200mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>betaine anhydrous</i>	\$0 (Nivel 5)	LA MO
<i>cabergoline</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
CARBAGLU	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
<i>carglumic acid</i>	\$0 (Nivel 5)	PA LA MO
CERDELGA	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 30mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 90mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (120 EA por 30 días)
<i>cinacalcet hydrochloride tabs 60mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días)
CYSTADANE	\$0 (Nivel 5)	LA
CYSTAGON	\$0 (Nivel 4)	PA LA
<i>desmopressin acetate nasal soln, tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>desmopressin acetate pf inj 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>desmopressin acetate inj 4mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>fomepizole</i>	\$0 (Nivel 5)	
GENOTROPIN	\$0 (Nivel 5)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.2MG	\$0 (Nivel 3)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK INJ 0.4MG, 0.6MG, 0.8MG, 1.2MG, 1.4MG, 1.6MG, 1.8MG, 1MG, 2MG	\$0 (Nivel 5)	PA
INCRELEX	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>javygtor</i>	\$0 (Nivel 5)	PA LA
KORLYM	\$0 (Nivel 5)	PA LA
LEVOCARNITINE TABS	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>levocarnitine soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	\$0 (Nivel 5)	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>methergine</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>methylergonovine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nitisinone</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>octreotide acetate inj 100mcg/ml, 200mcg/ml, 500mcg/ml, 50mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>octreotide acetate inj 1000mcg/ml, 500mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>raloxifene hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
SANDOSTATIN LAR DEPOT KIT	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	\$0 (Nivel 5)	PA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SIGNIFOR INJ 0.3MG/ML, 0.6MG/ML, 0.9MG/ML	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>sodium phenylbutyrate tabs, oral powder</i>	\$0 (Nivel 5)	PA
SOMATULINE DEPOT	\$0 (Nivel 5)	PA
SOMAVERT	\$0 (Nivel 5)	PA LA
AGENTES AGLUTINANTES DEL FOSFATO		
<i>calcium acetate caps, tabs 667mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (360 EA por 30 días) MO
<i>lanthanum carbonate</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate tabs 10mg, 2.5mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>megestrol acetate susp 40mg/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>megestrol acetate susp 625mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>norethindrone acetate tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>progesterone caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>progesterone inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVO-T	\$0 (Nivel 4)	
<i>levothyroxine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
LEVOTHYROXINE SODIUM INJ SOLN 100MCG/5ML, 200MCG/5ML, 500MCG/5ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>levothyroxine sodium inj powder 100mcg, 200mcg, 500mcg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
LEVOXYL	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>liothyronine sodium tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>liothyronine sodium inj</i>	\$0 (Nivel 5)	
<i>methimazole tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>propylthiouracil tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
SYNTHROID	\$0 (Nivel 3)	MO
UNITHROID	\$0 (Nivel 3)	
ANÁLOGOS DE LA VITAMINA D		
<i>calcitriol caps 0.25mcg, 0.5mcg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>calcitriol inj 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>calcitriol oral soln 1mcg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>doxercalciferol inj</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>paricalcitol</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
GASTROINTESTINALES		
ANTIEMÉTICOS		
<i>aprepitant caps 40mg, 80mg, therapy pak 80mg; 125mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>aprepitant caps 125mg</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>compro</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DIMENHYDRINATE INJ	\$0 (Nivel 4)	
<i>dronabinol</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
EMEND ORAL SUSP	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>granisetron hcl tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) B/D MO
<i>meclizine hcl tabs 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>meclizine hydrochloride tabs 25mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>metoclopramide hcl tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>metoclopramide hcl inj, oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metoclopramide hydrochloride tabs 10mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
METOCLOPRAMIDE ODT TBDP 10MG	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>metoclopramide odt tbdp 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ondansetron hcl tabs 24mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D
<i>ondansetron hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (900 ML por 30 días) B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride tabs 4mg, 8mg</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ondansetron hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ondansetron odt</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>prochlorperazine edisylate inj 50mg/10ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prochlorperazine edisylate inj 10mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>prochlorperazine maleate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>prochlorperazine supp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>promethazine hcl plain syrp 6.25mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>promethazine hcl tabs 12.5mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>promethazine hcl inj, supp</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>promethazine hydrochloride tabs 25mg, 50mg</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>promethegan supp 12.5mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>promethegan supp 50mg</i>	\$0 (Nivel 5)	PA MO
SANCUSO	\$0 (Nivel 5)	QL (4 EA por 28 días) MO
<i>scopolamine patch</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 EA por 30 días) PA MO
<i>trimethobenzamide hydrochloride caps</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl oral soln</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>dicyclomine hydrochloride caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	PA MO
<i>dicyclomine hydrochloride inj</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>glycopyrrolate tabs 1mg, 2mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>glycopyrrolate inj 0.2mg/ml pf, 0.4mg/2ml, 0.6mg/3ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>glycopyrrolate inj 0.2mg/ml, 1mg/5ml, 4mg/20ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>methscopolamine bromide tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE H2		
<i>cimetidine tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>cimetidine hydrochloride oral soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>famotidine premixed inj 20mg/50ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>famotidine tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>famotidine oral susp</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>famotidine inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nizatidine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>budesonide er tab 9mg</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
<i>budesonide cpep 3mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hydrocortisone enem 100mg/60ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>mesalamine</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mesalamine dr caps 400mg, tabs 1.2gm, 800mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
SULFASALAZINE TBEC	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sulfasalazine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
LAXANTES		
CLENPIQ	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>constulose</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>enulose</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>gavilyte-c</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-g</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>gavilyte-h</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>generlac</i>	\$0 (Nivel 2)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
GOLYTELY	\$0 (Nivel 3)	MO
KRISTALOSE	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>lactulose oral soln</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
NULYTELY	\$0 (Nivel 3)	MO
NULYTELY/FLAVOR PACKS	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>peg-3350/electrolytes</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PLENVU	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/MAGNESIUM SULFATE	\$0 (Nivel 4)	MO
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0 (Nivel 4)	MO
SUTAB	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>trilyte</i>	\$0 (Nivel 1)	
VARIOS		
<i>alosetron hydrochloride tabs 0.5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>alosetron hydrochloride tabs 1mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA MO
<i>cromolyn sodium oral conc 100mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>diphenoxylate/atropine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
GATTEX	\$0 (Nivel 5)	PA LA
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (224 c/u por 365 días) MO
LINZESS	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>loperamide hcl caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>misoprostol tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
MOVANTIK TABS 25MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
MOVANTIK TABS 12.5MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
SUCRALFATE SUSP	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sucralfate tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>ursodiol caps</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ursodiol tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
XERMELO	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
XIFAXAN TABS 550MG	\$0 (Nivel 5)	PA MO
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON	\$0 (Nivel 3)	MO
ZENPEP	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
DEXILANT	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dexlansoprazole</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole magnesium caps</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>esomeprazole sodium inj</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>lansoprazole dr caps</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cpdr 20mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole cpdr 40mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>omeprazole dr caps 10mg</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pantoprazole sodium tbec 20mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>pantoprazole sodium tbec 40mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>rabeprazole sodium dr tabs 20mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
GENITOURINARIOS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>finasteride tabs 5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>silodosin</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
ACETIC ACID 0.25% IRRIGATION SOLN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bethanechol chloride tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
ELMIRON	\$0 (Nivel 4)	QL (90 EA por 30 días) MO
<i>flavoxate hcl</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>potassium citrate er</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS		
<i>darifenacin hydrobromide er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>fesoterodine fumarate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ TB24	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
MYRBETRIQ SRER	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 28 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 5mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride er tb24 10mg, 15mg</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 EA por 30 días) MO
<i>oxybutynin chloride syrup</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (600 ML por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>solifenacin succinate</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) ST MO
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) ST MO
TOVIAZ	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tropium chloride er caps</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>tropium chloride tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole vaginal gel 0.75%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>miconazole 3 vaginal supp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>terconazole crea</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>terconazole supp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
HEMATOLÓGICOS		
ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate caps 150mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días)
<i>dabigatran etexilate caps 75mg</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS STARTER PACK	\$0 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS 2.5MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ELIQUIS TABS 5MG	\$0 (Nivel 3)	QL (74 EA por 30 días) MO
<i>enoxaparin sodium</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inj 2.5mg/0.5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fondaparinux sodium inj 10mg/0.8ml, 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml</i>	\$0 (Nivel 5)	MO
FRAGMIN INJ 2500UNIT/0.2ML, 95000UNIT/3.8ML	\$0 (Nivel 4)	MO
FRAGMIN INJ 10000UNIT/ML, 12500UNIT/0.5ML, 15000UNIT/0.6ML, 18000UNIT/0.72ML, 5000UNIT/0.2ML, 7500UNIT/0.3ML	\$0 (Nivel 5)	MO
HEPARIN SODIUM/D5W INJ 20000UNIT/500ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE 100UNIT/ML	\$0 (Nivel 4)	
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45% INJ 25000UNIT/250ML, 25000UNIT/500ML	\$0 (Nivel 3)	
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE 25000UNIT/250ML; 0.45%	\$0 (Nivel 3)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
HEPARIN SODIUM INJ 5000UNIT/0.5ML, 5000UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	
<i>heparin sodium inj 10000unit/ml, 1000unit/ml, 20000unit/ml, 5000unit/0.5ml, 5000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>jantoven</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
PRADAXA	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>warfarin sodium</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XARELTO STARTER PACK	\$0 (Nivel 3)	QL (51 EA por 30 días) MO
XARELTO SUSR	\$0 (Nivel 3)	QL (620 ML por 30 días) MO
XARELTO TABS 10MG, 15MG, 20MG	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
XARELTO TABS 2.5MG	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICO		
PROCRIT INJ 10000UNIT/ML, 2000UNIT/ML, 3000UNIT/ML, 4000UNIT/ML	\$0 (Nivel 3)	PA
PROCRIT INJ 20000UNIT/ML, 40000UNIT/ML	\$0 (Nivel 5)	PA
ZARXIO	\$0 (Nivel 5)	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cilostazol</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
DOPTELET	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
DROXIA	\$0 (Nivel 3)	MO
HAEGARDA INJ 3000UNIT	\$0 (Nivel 5)	QL (20 EA por 30 días) PA LA
HAEGARDA INJ 2000UNIT	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
<i>icatibant acetate</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA
<i>pentoxifylline er</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PROMACTA POWDER PACK 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (180 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA POWDER PACK 12.5MG	\$0 (Nivel 5)	QL (360 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS 12.5MG, 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA LA
PROMACTA TABS 50MG, 75MG	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA LA
<i>sajazir</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (27 ML por 30 días) PA MO
<i>tranexamic acid tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tranexamic acid inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin/dipyridamole</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRILINTA	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clopidogrel tabs 300mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (2 c/u por 365 días) MO
<i>clopidogrel tabs 75mg</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>dipyridamole tab</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>prasugrel</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
AGENTES INMUNOLÓGICOS		
AGENTES AUTOINMUNITARIOS		
ENBREL MINI	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL SURECLICK	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL INJ 25MG/VIAL	\$0 (Nivel 5)	QL (8 EA por 28 días) PA
ENBREL INJ VIAL 25MG/0.5ML, 50MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (8 ML por 28 días) PA
ENBREL INJ 25MG/0.5ML PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 5)	QL (8,16 ML por 28 días) PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN INJ 80MG/0.8ML	\$0 (Nivel 5)	PA
HUMIRA PEN INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 5)	QL (6 EA por 28 días) PA
HUMIRA INJ 10MG/0.1ML, 20MG/0.2ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2 EA por 28 días) PA
HUMIRA INJ 40MG/0.4ML, 40MG/0.8ML	\$0 (Nivel 5)	QL (6 EA por 28 días) PA
OTEZLA TBPK	\$0 (Nivel 5)	QL (55 EA por 365 días) PA
OTEZLA TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
RINVOQ	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
SKYRIZI PEN	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 360MG/2.4ML	\$0 (Nivel 5)	QL (2.4 ML por 56 días) PA
SKYRIZI INJ 150MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (6 ML por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 600MG/10ML	\$0 (Nivel 5)	QL (60 ml por 365 días) PA
SKYRIZI INJ 75MG/0.83ML	\$0 (Nivel 5)	QL (7 EA por 365 días) PA
STELARA PREFILLED SYRINGE 45MG/0.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.5 ML por 28 días) PA
STELARA VIAL 45MG/0.5ML	\$0 (Nivel 5)	QL (0.5 ml cada 28 días) PA LA

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
STELARA PREFILLED SYRINGE INJ 90MG/ML	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA
TALTZ	\$0 (Nivel 5)	QL (3 ML por 28 días) PA LA
XELJANZ XR	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA
XELJANZ SOLN	\$0 (Nivel 5)	QL (240 ml por 24 días) PA
XELJANZ TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>leflunomide</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>methotrexate tabs 2.5mg</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
XATMEP	\$0 (Nivel 4)	MO
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM	\$0 (Nivel 5)	PA
FLEBOGAMMA DIF	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMASTAN	\$0 (Nivel 3)	B/D
GAMMAGARD LIQUID	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAGARD S/D INJ 5GM, 10GM	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAKED	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMMAPLEX	\$0 (Nivel 5)	PA
GAMUNEX-C	\$0 (Nivel 5)	PA
OCTAGAM INJ 10GM/100ML, 10GM/200ML, 2.5GM/50ML, 20GM/200ML, 25GM/500ML, 2GM/20ML, 30GM/300ML, 5GM/100ML, 5GM/50ML	\$0 (Nivel 5)	PA
PANZYGA	\$0 (Nivel 5)	PA
PRIVIGEN	\$0 (Nivel 5)	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ARCALYST	\$0 (Nivel 5)	PA
INTRON A	\$0 (Nivel 5)	
INMUNOSUPRESORES		
AZATHIOPRINE INJ	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>azathioprine tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
BENLYSTA	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>cyclosporine</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>cyclosporine modified caps, soln</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>everolimus tabs 0.25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>everolimus tabs 0.5mg, 0.75mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>gengraf caps</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>gengraf soln</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil caps, tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil inj</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>mycophenolate mofetil oral susp</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>mycophenolic acid dr</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
NULOJIX	\$0 (Nivel 5)	B/D
PROGRAF GRANULES	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
REZUROCK	\$0 (Nivel 5)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
SANDIMMUNE ORAL SOLN	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>sirolimus soln</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>sirolimus tabs 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>sirolimus tabs 2mg</i>	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
<i>tacrolimus caps 0.5mg, 1mg, 5mg</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
ZORTRESS TABS 1MG	\$0 (Nivel 5)	B/D MO
VACUNAS		
ACTHIB	\$0 (Nivel 3)	
ADACEL	\$0 (Nivel 3)	
BCG VACCINE	\$0 (Nivel 3)	
BEXSERO	\$0 (Nivel 3)	
BOOSTRIX	\$0 (Nivel 3)	
DAPTACEL	\$0 (Nivel 3)	
DENGVAXIA	\$0 (Nivel 3)	
DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS ADSORBED PEDIATRIC	\$0 (Nivel 3)	B/D
ENGERIX-B	\$0 (Nivel 3)	B/D
GARDASIL 9	\$0 (Nivel 3)	
HAVRIX	\$0 (Nivel 3)	
HIBERIX	\$0 (Nivel 3)	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	\$0 (Nivel 3)	B/D
INFANRIX	\$0 (Nivel 3)	
IPOL INACTIVATED IPV	\$0 (Nivel 3)	
IXIARO	\$0 (Nivel 3)	
KINRIX	\$0 (Nivel 3)	
M-M-R II	\$0 (Nivel 3)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
MENACTRA	\$0 (Nivel 3)	
MENQUADFI	\$0 (Nivel 3)	
MENVEO	\$0 (Nivel 3)	
PEDIARIX	\$0 (Nivel 3)	
PEDVAX HIB	\$0 (Nivel 3)	
PENTACEL	\$0 (Nivel 3)	
PREHEVBRIO	\$0 (Nivel 3)	B/D
PRIORIX	\$0 (Nivel 3)	
PROQUAD	\$0 (Nivel 3)	
QUADRACEL	\$0 (Nivel 3)	
RABAVERT	\$0 (Nivel 3)	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0 (Nivel 3)	B/D
ROTARIX	\$0 (Nivel 3)	
ROTATEQ	\$0 (Nivel 3)	
SHINGRIX	\$0 (Nivel 3)	QL (2 EA por 999 días)
TDVAX	\$0 (Nivel 3)	B/D
TENIVAC	\$0 (Nivel 3)	B/D
TICOVAC	\$0 (Nivel 3)	
TRUMENBA	\$0 (Nivel 3)	
TWINRIX	\$0 (Nivel 3)	
TYPHIM VI	\$0 (Nivel 3)	
VAQTA	\$0 (Nivel 3)	
VARIVAX	\$0 (Nivel 3)	
YF-VAX	\$0 (Nivel 3)	

COMPLEMENTOS NUTRICIONALES***ELECTROLITOS/MINERALES, INYECTABLES***

DEXTROSE 10%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48 VIAFLEX	\$0 (Nivel 3)
DEXTROSE 10%/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 2.5%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5%/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5%/NACL 0.225%	\$0 (Nivel 4)
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	\$0 (Nivel 4)
DEXTROSE 5%/NACL 0.33%	\$0 (Nivel 4)

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DEXTROSE 5%/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
DEXTROSE 5%/NACL 0.9%	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>hyperlyte-cr</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 4)	
ISOLYTE-S	\$0 (Nivel 4)	B/D
ISOLYTE-S PH 7.4	\$0 (Nivel 4)	B/D
KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%	\$0 (Nivel 4)	
KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%	\$0 (Nivel 4)	
<i>lactated ringers viaflex inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
MAGNESIUM SULFATE INJ 20GM/500ML, 40GM/1000ML, 4GM/50ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>magnesium sulfate inj 2gm/50ml, 4gm/100ml, 50%</i>	\$0 (Nivel 4)	
PLASMA-LYTE A	\$0 (Nivel 4)	
PLASMA-LYTE-148	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/ DEXTROSE/SODIUM CHLORIDE	\$0 (Nivel 4)	
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE INJ 40MEQ/L; 0.9%	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inj 20meq/l; 0.45%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride/sodium chloride inj 20meq/l; 0.9%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
POTASSIUM CHLORIDE INJ 0.4MEQ/ ML, 10MEQ/100ML, 10MEQ/50ML, 20MEQ/100ML, 40MEQ/100ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride inj 2meq/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
RINGERS INJECTION	\$0 (Nivel 3)	
SODIUM BICARBONATE INJ 7.5%	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium bicarbonate inj 4.2%</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarbonate inj 8.4%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride 0.45%</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
SODIUM CHLORIDE INJ 2.5MEQ/ML, 5%	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium chloride inj 0.9%, 3%, 4meq/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
TPN ELECTROLYTES	\$0 (Nivel 4)	B/D
ELECTROLITOS/MINERALES/VITAMINAS, ORAL		
<i>adc/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>effer-k tab 25meq</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fluoride chew tab</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluoritab</i>	\$0 (Nivel 4)	
KLOR-CON 10	\$0 (Nivel 3)	
KLOR-CON 8	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m10</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m15</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con m20</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>klor-con powder 20meq</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>klor-con/ef</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
M-NATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>multi-vitamin/fluoride/iron drops</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>multivitamin/fluoride chew 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NEONATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
NIVA-PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>poly-vitamin/fluoride drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>potassium chloride er cpcr</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er tbcr 10meq, 20meq, 8meq</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>potassium chloride er tbcr 15meq</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>potassium chloride pack 20meq</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>potassium chloride oral soln 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
PRENATAL	\$0 (Nivel 3)	MO
PRENATAL PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
PRENATAL VITAMINS PLUS LOW IRON	\$0 (Nivel 3)	MO
PREPLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sodium fluoride chew 0.25mg, 0.5mg, 1mg</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride soln 0.5mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tri-vite/fluoride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
TRICARE PRENATAL TABS	\$0 (Nivel 3)	MO
VP-PNV-DHA	\$0 (Nivel 3)	MO
WESTAB PLUS	\$0 (Nivel 3)	MO
NUTRICIÓN INTRAVENOSA		
AMINOSYN-PF 7%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 6/5	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/10	\$0 (Nivel 4)	B/D
CLINIMIX 8/14	\$0 (Nivel 4)	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
CLINOLIPID	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>dextrose 10%</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>dextrose 5%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DEXTROSE 50%	\$0 (Nivel 3)	B/D
DEXTROSE 70%	\$0 (Nivel 3)	B/D
FREAMINE HBC 6.9%	\$0 (Nivel 4)	B/D
FREAMINE III	\$0 (Nivel 4)	B/D
HEPATAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
NEPHRAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
NUTRILIPID	\$0 (Nivel 3)	B/D
<i>plenamine</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D
PREMASOL 10%	\$0 (Nivel 5)	B/D
PROCALAMINE	\$0 (Nivel 4)	B/D
PROSOL	\$0 (Nivel 4)	B/D
TRAVASOL	\$0 (Nivel 4)	B/D
TROPHAMINE 10%	\$0 (Nivel 4)	B/D
OFTÁLMICO		
ANTIINFECCIOSOS/ANTIINFLAMATORIOS		
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neo-polycin hc oint</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/ hydrocortisone oint</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone ophthalmic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
TOBRADEX OINT	\$0 (Nivel 3)	MO
TOBRADEX ST	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>tobramycin/dexamethasone susp</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ZYLET	\$0 (Nivel 3)	MO
ANTIINFECCIOSOS		
<i>ak-poly-bac</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>bacitracin oint 500unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bacitracin/polymyxin b oint</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
BESIVANCE	\$0 (Nivel 3)	MO
CILOXAN OINT	\$0 (Nivel 3)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>ciprofloxacin hydrochloride ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>erythromycin oint 5mg/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gatifloxacin soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>gentak oint</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>gentamicin sulfate ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>levofloxacin ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>moxifloxacin hydrochloride ophthalmic soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (12 ML por 30 días) MO
NATACYN	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neo-polycin oint</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>neomycin/bacitracin/polymyxin oint</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ofloxacin ophthalmic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>polycin</i>	\$0 (Nivel 2)	
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>sulfacetamide sodium oint 10%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (42 G por 30 días) MO
<i>sulfacetamide sodium soln 10%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>tobramycin soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>trifluridine</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
ZIRGAN	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bromfenac</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
BROMSITE	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>diclofenac sodium ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>difluprednate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
DUREZOL	\$0 (Nivel 3)	MO
FLAREX	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>flubiprofen sodium ophthalmic soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
FLUOROMETHOLONE OPHTHALMIC SOLN 0.1%	\$0 (Nivel 3)	MO
ILEVRO	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic soln 0.4%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LOTEMAX OINT	\$0 (Nivel 3)	MO
LOTEMAX SM	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>loteprednol etabonate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>prednisolone acetate ophth soln 1%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE OPHTHALMIC SOLN 1%	\$0 (Nivel 3)	MO
PROLENSA	\$0 (Nivel 3)	MO
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl ophthalmic soln 0.05%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>bepotastine besilate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
BEPREVE	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>cromolyn sodium ophthalmic soln 4%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>epinastine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
LASTACAFT	\$0 (Nivel 4)	
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln 0.2%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>olopatadine hcl ophthalmic soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
ZERVIAE	\$0 (Nivel 4)	MO
ANTIGLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN 0.1%	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betaxolol hcl soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
BETOPTIC-S	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
BRIMONIDINE TARTRATE SOLN 0.15%	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>brimonidine tartrate soln 0.2%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>brinzolamide</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>carteolol hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
COMBIGAN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate soln 22.3-6.8mg/ml</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate 2%-0.5% preservative free</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>latanoprost</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>levobunolol hcl</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
LUMIGAN	\$0 (Nivel 3)	MO
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTH SOLN 0.125%	\$0 (Nivel 4)	
<i>pilocarpine hcl ophth soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
RHOPRESSA	\$0 (Nivel 3)	MO
SIMBRINZA	\$0 (Nivel 3)	MO
TIMOLOL MALEATE OPHTHALMIC GEL FORMING SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>timolol maleate (generic Timoptic) soln 0.25%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>timolol maleate once-daily ophthalmic (generic Istalol) soln 0.5%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>travoprost</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
VYZULTA	\$0 (Nivel 4)	MO
VARIOS		
ATROPINE SULFATE OPTH SOLN 1%	\$0 (Nivel 3)	MO
CYSTARAN	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ISOPTO ATROPINE	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>proparacaine hcl</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
RESTASIS	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
RESTASIS MULTIDOSE	\$0 (Nivel 3)	QL (5.5 ML por 30 días) MO
XIIDRA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ÓTICOS		
AGENTES ÓTICOS		
<i>acetic acid otic soln 2%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
CIPRO HC	\$0 (Nivel 4)	MO
CIPROFLOXACIN 0.2% OTIC SOLN	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>flac (otic) oil</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días)
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (20 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone/acetic acid otic soln</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hc otic soln 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone otic susp 1%; 3.5mg/ml; 10000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>ofloxacin otic soln 0.3%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
RESPIRATORIOS		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICOS/BETA AGONISTAS		
ANORO ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
BEVESPI AEROSPHERE	\$0 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
BREZTRI AEROSPHERE	\$0 (Nivel 3)	QL (10.7 G por 30 días) MO
COMBIVENT RESPIMAT	\$0 (Nivel 4)	QL (8 G por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate neb soln</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
TRELEGY ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA	\$0 (Nivel 4)	QL (25.8 G por 30 días) MO
INCRUSE ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02%</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.03%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>ipratropium bromide nasal soln 0.06%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (45 ml por 30 días) MO
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl nasal soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>azelastine hcl nasal soln 0.15%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 25 días) MO
<i>carbinoxamine maleate soln</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
CARBINOXAMINE MALEATE TABS 6MG	\$0 (Nivel 5)	PA MO
<i>carbinoxamine maleate tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>cetirizine hydrochloride soln 1mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (300 ML por 30 días) MO
<i>clemastine fumarate tabs 2.68mg</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>cyproheptadine hcl syrup 2mg/5ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>cyproheptadine hydrochloride tabs 4mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>desloratadine</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>desloratadine odt</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>diphenhydramine hcl inj 50mg/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine hcl inj 25mg/ml, syr 10mg/5ml, tabs 50mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine hydrochloride inj 50mg/ml, tabs 10mg, 25mg</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>hydroxyzine pamoate</i>	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>levocetirizine dihydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>levocetirizine dihydrochloride soln</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>olopatadine hcl nasal soln 0.6%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30.5 G por 30 días) MO
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate er tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic Proventil HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (13.4 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic Proair HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (17 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate hfa (generic Ventolin HFA) aers 108mcg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (36 G por 30 días) MO
<i>albuterol sulfate nebu</i>	\$0 (Nivel 2)	B/D MO
<i>albuterol sulfate syrp</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>albuterol sulfate tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>levalbuterol hydrochloride nebs</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
<i>levalbuterol nebs</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 G por 30 días) MO
SEREVENT DISKUS	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
<i>terbutaline sulfate inj 1mg/ml, tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
VENTOLIN HFA	\$0 (Nivel 3)	QL (36 G por 30 días) MO
MODULADORES DE LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium chew, tabs</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>montelukast sodium granules</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>zafirlukast</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 EA por 30 días) MO
VARIOS		
<i>acetylcysteine inhalation soln 10%, 20%</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
<i>aminophylline inj</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cromolyn sodium nebu 20mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 3)	B/D MO
DALIRESP	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>epinephrine inj 0.15mg/0.15ml, 0.15mg/0.3ml, 0.3mg/0.3ml</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (2 EA por 30 días) MO
ESBRIET CAPS	\$0 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA
ESBRIET TABS 267MG	\$0 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA
ESBRIET TABS 801MG	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
FASENRA PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA LA
FASENRA PEN AUTO INJECTOR	\$0 (Nivel 5)	QL (1 ML por 28 días) PA LA
KALYDECO PACK	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
KALYDECO TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
OFEV	\$0 (Nivel 5)	QL (60 EA por 30 días) PA
ORKAMBI TABS	\$0 (Nivel 5)	QL (112 EA por 28 días) PA
ORKAMBI PACK 125MG; 100MG, 188MG; 150MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 EA por 28 días) PA
ORKAMBI PACK 94MG; 75MG	\$0 (Nivel 5)	QL (56 c/u por 28 días) PA LA
<i>pirfenidone tabs 267mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (270 EA por 30 días) PA
<i>pirfenidone tabs 534mg, 801mg</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (90 EA por 30 días) PA
PROLASTIN-C	\$0 (Nivel 5)	PA LA
PULMOZYME	\$0 (Nivel 5)	PA
<i>roflumilast</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theophylline er tabs</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>theophylline soln 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
TRIKAFTA TBPK 100MG; 75MG; 50MG	\$0 (Nivel 5)	QL (84 c/u por 28 días) PA LA
TRIKAFTA TBPK 50MG; 37.5MG; 25MG	\$0 (Nivel 5)	QL (84 EA por 28 días) PA MO
XOLAIR	\$0 (Nivel 5)	PA LA
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide nasal soln</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (75 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (16 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate susp 50mcg/act</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (34 G por 30 días) MO
INHALANTES ESTEROIDEOS		
ARNUITY ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (30 EA por 30 días) MO
<i>budesonide susp 0.25mg/2ml, 0.5mg/2ml, 1mg/2ml</i>	\$0 (Nivel 4)	B/D MO
FLOVENT DISKUS AEPB 100MCG/BLIST, 50MCG/BLIST	\$0 (Nivel 3)	QL (120 EA por 30 días) MO
FLOVENT DISKUS AEPB 250MCG/BLIST	\$0 (Nivel 3)	QL (240 EA por 30 días) MO
FLOVENT HFA AERO 44MCG/ACT	\$0 (Nivel 3)	QL (21.2 G por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
FLOVENT HFA AERO 110MCG/ACT, 220MCG/ACT	\$0 (Nivel 3)	QL (24 G por 30 días) MO
PULMICORT FLEXHALER	\$0 (Nivel 4)	QL (2 EA por 30 días) MO
COMBINACIONES DE BETA AGONISTAS/ESTEROIDES		
ADVAIR DISKUS	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
ADVAIR HFA	\$0 (Nivel 3)	QL (12 G por 30 días) MO
BREQ ELLIPTA	\$0 (Nivel 3)	QL (60 EA por 30 días) MO
SYMBICORT	\$0 (Nivel 3)	QL (10.2 G por 30 días) MO
TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>amnesteem</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>claravis</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (generic duac)</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clindamycin phosphate foam 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate gel 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (75 G por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate lotn 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate external soln 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide (generic Benzaclin)</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>dapsone gel 5%, 7.5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ery pad 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>erythromycin gel 2%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>erythromycin soln 2%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>isotretinoin</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>myorisan</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
<i>neuac gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sulfacetamide sodium lotn 10%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
TRETINOIN MICROSPHERE	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) PA MO
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin crea 0.025%, 0.05%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>tretinoin gel 0.01%, 0.025%, 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) PA MO
<i>zenatane</i>	\$0 (Nivel 4)	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
<i>gentamicin sulfate crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>gentamicin sulfate oint 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>mafenide acetate pak 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>mupirocin oint</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mupirocin crea</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
SILVER SULFADIAZINE CREA 1% SSD	\$0 (Nivel 3)	MO
SULFAMYLON CREA 85MG/GM	\$0 (Nivel 4)	MO
DERMATOLOGÍA, ANTIMICÓTICOS		
<i>ciclopirox olamine cream</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox gel</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ciclopirox sham</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>ciclopirox susp</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate cream</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole crea 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>clotrimazole soln 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (30 ML por 30 días) MO
<i>econazole nitrate crea 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (85 G por 30 días) MO
ERTACZO	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole crea 2%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>ketoconazole foam 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>ketodan foam 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>naftifine cream 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
<i>naftifine cream 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nyamyc</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días)
<i>nystatin crea 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin oint 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>nystatin powd 100000unit/gm</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>nystop</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>oxiconazole nitrate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 G por 30 días) MO
DERMATOLOGÍA, ANTIPSORIÁSICOS		
<i>acitretin</i>	\$0 (Nivel 3)	PA MO
<i>calcipotriene crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>calcipotriene soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) PA MO
<i>calcitrene</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) PA MO
CALCITRIOL OINT 3MCG/GM	\$0 (Nivel 4)	PA MO
<i>methoxsalen caps</i>	\$0 (Nivel 5)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tazarotene gel</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (100 GM por 30 días) PA
<i>tazarotene crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (60 G por 30 días) PA MO
TAZORAC CREA 0.05%	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, ANTISEBORREICOS		
<i>ketoconazole sham 2%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>selenium sulfide lotn 2.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
<i>ala-cort crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>ala-cort crea 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días)
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>beseer lotn 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días)
<i>betamethasone dipropionate augmented crea</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betamethasone dipropionate augmented gel, lotn, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>betamethasone dipropionate lotn</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betamethasone dipropionate crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>betamethasone valerate crea, lotn, oint</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>betamethasone valerate foam</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (400 G por 28 días) PA MO
<i>clobetasol propionate emollient cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate emulsion foam 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate foam</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate lotn, sham</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol proprionate spray 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (125 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) MO
<i>clobetasol propionate crea, gel, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>clodan shampoo 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días)
<i>desonide lotn</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>desonide crea, gel, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>desoximetasone cream, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días) MO
<i>desrx</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días)
<i>diflorasone diacetate crea</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>diflorasone diacetate oint</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
ENSTILAR	\$0 (Nivel 5)	QL (120 G por 30 días) PA MO
<i>fluocinolone acetonide body</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118.28 ML por 30 días) MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>fluocinolone acetonide crea 0.025%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide crea 0.01%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide oint 0.025%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinolone acetonide soln 0.01%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (90 ML por 30 días) MO
<i>fluocinonide emulsified cream</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide cream 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide gel, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>fluocinonide soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate crea 0.05%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>fluticasone propionate lotn 0.05%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (120 ML por 30 días) MO
<i>fluticasone propionate oint 0.005%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>halobetasol propionate cream, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate hydrophilic lipophilic base cream 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate lotn 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (118 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate crea, oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (45 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone butyrate soln</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone valerate</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone crea 1%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>hydrocortisone crea 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>hydrocortisone lotn 2.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>hydrocortisone oint 2.5%</i>	\$0 (Nivel 1)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>mometasone furoate crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>mometasone furoate oint 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>mometasone furoate soln 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
PREDNICARBATE CREA	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>prednicarbate oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
<i>proctosol hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
TEXACORT	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>tovet</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (100 G por 30 días)
<i>triamcinolone acetonide aers spray</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.025%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO
<i>triamcinolone acetonide crea 0.1%</i>	\$0 (Nivel 2)	QL (454 G por 30 días) MO
<i>triamcinolone acetonide lotn 0.025%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>triamcinolone acetonide oint 0.025%, 0.1%, 0.5%</i>	\$0 (Nivel 2)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl external soln 4%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 ML por 30 días) PA MO
<i>lidocaine/prilocaine</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>lidocaine ptch</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (3 EA por 1 días) PA MO
<i>lidocaine oint</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (35.44 G por 30 días) PA MO
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA		
<i>acyclovir oint 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>ammonium lactate</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>azelaic acid gel 15%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
<i>bexarotene gel 1%</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA
<i>diclofenac sodium gel 1%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (1000 G por 30 días) PA MO
<i>diclofenac sodium external soln 2%</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (224 G por 28 días) PA MO
DOXEPIN HYDROCHLORIDE CREA 5%	\$0 (Nivel 5)	QL (45 G por 30 días) PA MO
DOXYCYCLINE DR CAP 40MG	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
FINACEA FOAM 15%	\$0 (Nivel 4)	QL (50 G por 30 días) MO
FLUOROPLEX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
FLUOROURACIL CREA 0.5%	\$0 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil crea 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (40 G por 30 días) PA MO
<i>fluorouracil external soln 2%, 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (10 ML por 30 días) MO
<i>hydrocortisone perianal cream 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
IMIQUIMOD PUMP	\$0 (Nivel 5)	QL (7.5 G por 30 días) MO
<i>imiquimod crea 5%</i>	\$0 (Nivel 3)	QL (24 EA por 30 días) MO
<i>imiquimod crea 3.75%</i>	\$0 (Nivel 5)	QL (28 EA por 28 días) MO
<i>metronidazole crea 0.75%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole gel 0.75%, 1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>metronidazole lotn 0.75%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
NORITATE	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) MO
ORACEA	\$0 (Nivel 4)	QL (30 EA por 30 días) PA MO
PANRETIN	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días)
PENNSAID	\$0 (Nivel 5)	QL (224 G por 28 días) PA MO
<i>podofilox</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>procto-med hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>procto-pak</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>proctozone-hc</i>	\$0 (Nivel 4)	
RECTIV	\$0 (Nivel 4)	QL (30 G por 30 días) MO
<i>rosadan</i>	\$0 (Nivel 4)	

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

Nombre del medicamento	Costo del medicamento (nivel)	Acciones necesarias, restricciones o límites de uso
<i>tacrolimus oint 0.03%, 0.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	QL (60 G por 30 días) MO
TARGRETIN	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA
VALCHLOR	\$0 (Nivel 5)	QL (60 G por 30 días) PA LA
ZYCLARA PUMP 2.5%	\$0 (Nivel 5)	QL (15 G por 30 días) MO
<i>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y PEDICULICIDAS</i>		
<i>malathion</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>permethrin cream 5%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>DERMATOLOGÍA, AGENTES CICATRIZANTES DE HERIDAS</i>		
REGRANEX	\$0 (Nivel 5)	QL (30 G por 30 días) PA MO
SANTYL	\$0 (Nivel 4)	MO
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION SOLN	\$0 (Nivel 3)	MO
STERILE WATER FOR IRRIGATION	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>AGENTES DENTALES/FARÍNGEOS/BUCALES</i>		
<i>cevimeline hydrochloride</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>chlorhexidine gluconate soln 0.12%</i>	\$0 (Nivel 1)	MO
<i>clinpro 5000</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>clotrimazole troc 10mg</i>	\$0 (Nivel 3)	MO
<i>dentagel</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>fluoridex daily defense</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluorimax 5000</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>just right 5000</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine viscous sol 2%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>nystatin susp 100000unit/ml</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>oralone dental paste</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>paroex</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>periogard</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>pilocarpine hydrochloride tabs</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sf gel</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride 5000 ppm sensitive</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>sodium fluoride gel 1.1%</i>	\$0 (Nivel 4)	MO
<i>triamcinolone acetonide dental paste</i>	\$0 (Nivel 4)	MO

PA: autorización previa QL: límites de cantidad ST: tratamiento escalonado B/D: cubiertos por la Parte B o la Parte D de Medicare LA: acceso limitado MO: disponible para pedido por correo

D. Índice de medicamentos cubiertos

En esta sección, puede buscar un medicamento por su nombre alfabéticamente. Verá el número de página en la que puede encontrar más información de cobertura de su medicamento.

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
A			
<i>abacavir</i>	19, 20, 21	<i>alendronate sodium</i>	61
<i>abacavir sulfate/lamivudine</i>	20, 21	<i>alfuzosin hcl</i>	74
<i>abacavir sulfate/lamivudine/zidovudine</i>	21	ALIMTA	27
ABELCET	18	<i>aliskiren</i>	41
ABILIFY MAINTENA	50	<i>allopurinol</i>	12
<i>abiraterone acetate</i>	28	<i>almotriptan malate</i>	55
ABRAXANE	29	<i>alose tron hydrochloride</i>	73
<i>acamprostate calcium dr</i>	56	ALPHAGAN P	85
<i>acarbose</i>	59	<i>alprazolam</i>	43
<i>accutane</i>	90	<i>alprazolam er</i>	43
<i>acebutolol hydrochloride</i>	39	ALPRAZOLAM INTENSOL	43
<i>acetaminophen/codeine</i>	14	ALREX	85
<i>acetazolamide</i>	41	<i>altavera</i>	62
<i>acetazolamide er</i>	41	ALUNBRIG	30
<i>acetic acid</i>	86	<i>alyacen 1/35</i>	62
ACETIC ACID 0.25%	74	<i>alyacen 7/7/7</i>	62
<i>acetylcysteine</i>	69, 88	<i>alyq</i>	42
<i>acitretin</i>	91	<i>amabelz</i>	67
ACTHIB	79	<i>amantadine hcl</i>	49, 50
ACTIMMUNE	78	AMBISOME	18
<i>acyclovir</i>	22, 94	<i>ambrisentan</i>	42
<i>acyclovir sodium</i>	22	<i>amethia</i>	62
ADACEL	79	<i>amethyst</i>	62
<i>adc/fluoride</i>	82	<i>amikacin sulfate</i>	16
<i>adefovir dipivoxil</i>	22	<i>amiloride hcl</i>	41
ADEMPAS	42	<i>amiloride/hydrochlorothiazide</i>	41
ADVAIR DISKUS	90	<i>aminophylline</i>	88
ADVAIR HFA	90	AMINOSYN-PF 7%	83
<i>afeditab cr</i>	40	<i>amiodarone hcl</i>	37
AFINITOR	30	<i>amiodarone hydrochloride</i>	37
AFINITOR DISPERZ	30	<i>amitriptyline hcl</i>	47
<i>afirmelle</i>	62	<i>amitriptyline hydrochloride</i>	47
AIMOVIG	55	<i>amlodipine besylate</i>	35, 36, 40, 41
<i>ak-poly-bac</i>	84	<i>amlodipine besylate/atorvastatin calcium</i>	41
<i>ala-cort</i>	92	<i>amlodipine besylate/benazepril hydrochloride</i>	35
<i>albendazole</i>	16	<i>amlodipine besylate/valsartan</i>	36
<i>albuterol sulfate</i>	88	<i>amlodipine/olmesartan medoxomil</i>	36
<i>albuterol sulfate er</i>	88	<i>amlodipine/valsartan/hctz</i>	36
<i>albuterol sulfate hfa</i>	88	<i>amlodipine/valsartan/hydrochlorothiazide</i>	37
<i>alclometasone dipropionate</i>	92	<i>ammonium lactate</i>	94
ALECENSA	30	<i>amnesteem</i>	90
		<i>amoxapine</i>	47

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>amoxicillin</i>	25	<i>aurovela fe 1.5/30</i>	62
<i>amoxicillin/clavulanate potassium</i>	25	<i>aurovela fe 1/20</i>	62
<i>amoxicillin/clavulanate potassium er</i>	25	AUSTEDO.....	55
<i>amphetamine/dextroamphetamine</i>	53	<i>aviane</i>	62
<i>amphetamine/dextroamphetamine er</i>	53	AVONEX.....	56
<i>amphotericin b</i>	18	<i>ayuna</i>	62
<i>amphotericin b liposome</i>	18	AYVAKIT	30
<i>ampicillin</i>	25	<i>azacitidine</i>	27
<i>ampicillin sodium</i>	25	<i>azathioprine</i>	78
<i>ampicillin-sulbactam</i>	25	<i>azelaic acid</i>	94
<i>anagrelide hydrochloride</i>	76	<i>azelastine hcl</i>	85, 87
<i>anastrozole</i>	28	<i>azithromycin</i>	24
ANDRODERM.....	57	AZITHROMYCIN.....	24
ANORO ELLIPTA.....	87	<i>aztreonam</i>	16
APO-VARENICLINE.....	56	B	
<i>aprepitant</i>	71	<i>bacitracin</i>	84
<i>apri</i>	62	<i>bacitracin/polymyxin b</i>	84
APTIOM.....	43	<i>baclofen</i>	56
APTIVUS.....	19	<i>balsalazide disodium</i>	72
<i>aranelle</i>	62	BALVERSA.....	30
ARCALYST.....	78	<i>balziva</i>	62
<i>aripiprazole</i>	50	BANZEL.....	43
<i>aripiprazole odt</i>	50	BARACLUDGE.....	22
ARISTADA.....	50, 51	BASAGLAR KWIKPEN.....	57
ARISTADA INITIO.....	50	BCG VACCINE.....	79
<i>armodafinil</i>	56	BD ALCOHOL SWABS.....	57
ARNUITY ELLIPTA.....	89	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/1ML/29G X 1/2.....	57
<i>arsenic trioxide</i>	29	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/0.3ML/31G X 15/64.....	58
<i>asenapine maleate sl</i>	51	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE ULTRA- FINE/0.5ML/30G X 1/2.....	58
<i>ashlyna</i>	62	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE/1ML/31G X 5/16.....	58
ASPARLAS.....	29	BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/ MHC INSULIN SYRINGE ULTRAFINE II/0.3ML/31G X 5/16.....	57
<i>aspirin/dipyridamole</i>	76	<i>bekyree</i>	62
<i>aspirin/dipyridamole er</i>	76	BELEODAQ.....	30
<i>atazanavir sulfate</i>	19	BELSOMRA.....	54
<i>atenolol</i>	39	<i>benazepril hcl</i>	36
<i>atenolol/chlorthalidone</i>	39	<i>benazepril hcl/hydrochlorothiazide</i>	35
<i>atomoxetine</i>	53		
<i>atomoxetine hydrochloride</i>	53		
<i>atorvastatin calcium</i>	38		
<i>atovaquone</i>	16, 19		
<i>atovaquone/proguanil hcl</i>	19		
ATROPINE SULFATE.....	86		
ATROVENT HFA.....	87		
<i>aubra</i>	62		
<i>aubra eq</i>	62		
<i>aurovela 1.5/30</i>	62		
<i>aurovela 24 fe</i>	62		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>benazepril hydrochloride</i>	36	<i>brinzolamide</i>	86
<i>benazepril hydrochloride/hydrochlorothiazide</i>	36	BRIVIACT	43
BENDEKA	26	<i>bromfenac</i>	85
BENLYSTA	78	<i>bromocriptine mesylate</i>	50
<i>benztropine mesylate</i>	50	BROMSITE	85
<i>bepotastine besilate</i>	85	BRUKINSA	30
BEPREVE	85	<i>budesonide</i>	72, 89
<i>beser</i>	92	<i>budesonide er</i>	72
BESIVANCE	84	<i>bumetanide</i>	41
BESREMI	29	<i>buprenorphine</i>	13
<i>betaine anhydrous</i>	69	<i>buprenorphine hcl</i>	56
<i>betamethasone dipropionate</i>	92	<i>buprenorphine hcl/naloxone hcl</i>	56
<i>betamethasone dipropionate augmented</i>	92	<i>buprenorphine hydrochloride/naloxone</i>	
<i>betamethasone dipropionate augmented crea</i>	92	<i>hydrochloride</i>	56
<i>betamethasone valerate</i>	92	<i>bupropion</i>	47
BETASERON	56	<i>bupropion hydrochloride</i>	47
<i>betaxolol hcl</i>	39, 85	<i>bupropion hydrochloride er</i>	56
<i>bethanechol chloride</i>	74	<i>bupropion hydrochloride er (sr)</i>	47
BETOPTIC-S	85	<i>bupropion hydrochloride er (xl)</i>	47
BEVESPI AEROSPHERE	87	<i>bupirone hcl tabs</i>	43
<i>bexarotene</i>	29, 94	<i>bupirone hydrochloride</i>	43
BEXSERO	79	<i>busulfan</i>	26
<i>bicalutamide</i>	28	<i>butorphanol tartrate</i>	14
BICILLIN L-A	25	BYDUREON BCISE	59
BIDIL	41	BYDUREON PEN	59
BIKTARVY	21	BYETTA	59
<i>bisoprolol fumarate</i>	39	BYSTOLIC	39
<i>bisoprolol fumarate/hydrochlorothiazide</i>	39		
BIVIGAM	78	C	
BLNREP	30	<i>cabergoline</i>	69
<i>bleomycin sulfate</i>	27	CABOMETYX	30
BLEPHAMIDE S.O.P. OINT	83	<i>calcipotriene</i>	91
<i>blisovi 24 fe</i>	62	<i>calcipotriene/betamethasone dipropionate</i>	92
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	62	<i>calcitonin-salmon</i>	61
<i>blisovi fe 1/20</i>	62	<i>calcitrene</i>	91
BOOSTRIX	79	<i>calcitriol</i>	70
<i>bortezomib</i>	30	CALCITRIOL	91
BORTEZOMIB	30	<i>calcium acetate</i>	70
<i>bosentan</i>	42	CALQUENCE	30
BOSULIF	30	<i>camila</i>	62
BRAFTOVI	30	CAMRESE	62
BREO ELLIPTA	90	CAMRESE LO	62
BREZTRI AEROSPHERE	87	<i>candesartan cilexetil</i>	37
<i>briellyn</i>	62	<i>candesartan cilexetil/hydrochlorothiazide</i>	37
BRILINTA	77	CAPLYTA	51
<i>brimonidine tartrate</i>	86	CAPRELSA	30
BRIMONIDINE TARTRATE	86	<i>captopril</i>	36

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>captopril/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>cetirizine hydrochloride</i>	87
CARBAGLU.....	69	<i>cevimeline hydrochloride</i>	95
<i>carbamazepine</i>	43	CHANTIX.....	57
<i>carbamazepine er</i>	43	CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	57
<i>carbidopa</i>	50	CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	57
<i>carbidopa/levodopa</i>	50	<i>charlotte 24 fe</i>	62
CARBIDOPA/LEVODOPA/ENTACAPONE.....	50	<i>chateal</i>	62
<i>carbidopa/levodopa er</i>	50	<i>chateal eq</i>	62
<i>carbidopa/levodopa odt</i>	50	CHEMET.....	61
<i>carbinoxamine maleate</i>	87	<i>chloramphenicol</i>	16
CARBINOXAMINE MALEATE.....	87	<i>chlordiazepoxide/amitriptyline</i>	47
<i>carboplatin</i>	26	<i>chlordiazepoxide hcl</i>	43
<i>carglumic acid</i>	69	<i>chlordiazepoxide hydrochloride</i>	43
<i>carmustine</i>	26	<i>chlorhexidine gluconate</i>	95
<i>carteolol hcl</i>	86	<i>chloroquine phosphate</i>	19
<i>cartia xt</i>	40	<i>chlorpromazine hcl</i>	51
<i>carvedilol</i>	39	<i>chlorpromazine hydrochloride</i>	51
<i>carvedilol er</i>	39	<i>chlorthalidone</i>	41
<i>caspofungin acetate</i>	18	<i>chlorzoxazone</i>	56
<i>cataflam</i>	12	<i>cholestyramine</i>	38
CAYSTON.....	16	<i>cholestyramine light</i>	38
<i>caziant</i>	62	<i>ciclopirox</i>	91
<i>cefaclor</i>	23	<i>ciclopirox olamine</i>	91
CEFACLOR ER.....	23	<i>cilostazol</i>	76
<i>cefadroxil</i>	23	CILOXAN.....	84
<i>cefazolin</i>	23	CIMDUO.....	21
CEFAZOLIN.....	23	<i>cimetidine</i>	72
<i>cefazolin sodium</i>	23	<i>cimetidine hydrochloride</i>	72
CEFAZOLIN SODIUM.....	23	<i>cinacalcet hydrochloride</i>	69
<i>cefdinir</i>	23	CIPROFLOXACIN.....	87
<i>cefepime</i>	23	<i>ciprofloxacin/dexamethasone</i>	87
<i>cefixime</i>	23	<i>ciprofloxacin hcl</i>	24
<i>cefotetan</i>	23	<i>ciprofloxacin hydrochloride</i>	24, 84
<i>cefoxitin sodium</i>	23	<i>ciprofloxacin i.v.-in d5w</i>	24
<i>cefpodoxime proxetil</i>	23	CIPRO HC.....	87
<i>cefprozil</i>	23	<i>cisplatin</i>	26
<i>ceftazidime</i>	23	<i>citalopram hydrobromide</i>	47
CEFTAZIDIME/DEXTROSE.....	23	<i>cladribine</i>	27
<i>ceftriaxone in iso-osmotic dextrose</i>	23	<i>claravis</i>	90
<i>ceftriaxone sodium</i>	23	<i>clarithromycin</i>	24
CEFTRIAOXONE SODIUM.....	23	<i>clarithromycin er</i>	24
<i>cefuroxime axetil</i>	23	<i>clemastine fumarate</i>	87
<i>cefuroxime sodium</i>	23	CLENPIQ.....	72
<i>celecoxib</i>	12	<i>clindamycin hcl</i>	16
CELONTIN.....	43	<i>clindamycin hydrochloride</i>	16
<i>cephalexin</i>	23	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	16
CERDELGA.....	69	<i>clindamycin phosphate</i>	16, 75, 90

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>clindamycin phosphate/benzoyl peroxide</i>	90	COPIKTRA.....	31
<i>clindamycin phosphate/dextrose</i>	16	CORLANOR.....	41
CLINDAMYCIN/SODIUM CHLORIDE	16	COTELLIC	31
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 5%	83	CREON.....	73
CLINIMIX 4.25%/DEXTROSE 10%	83	CRIXIVAN	19
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 15%	83	<i>cromolyn sodium</i>	73, 85, 88
CLINIMIX 5%/DEXTROSE 20%	83	<i>cryselle-28</i>	63
CLINIMIX 6/5	83	CURITY GAUZE PADS 2	58
CLINIMIX 8/10	83	<i>cyclafem 1/35</i>	63
CLINIMIX 8/14	83	<i>cyclafem 7/7/7</i>	63
<i>clinisol sf 15%</i>	83	<i>cyclobenzaprine hydrochloride</i>	56
CLINOLIPID	83	<i>cyclophosphamide</i>	26
<i>clinpro 5000</i>	95	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	26
<i>clobazam</i>	43	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDRATE.....	26
<i>clobetasol propionate</i>	92	<i>cycloserine</i>	21
<i>clobetasol propionate emollient</i>	92	<i>cyclosporine</i>	78
<i>clobetasol propionate emulsion</i>	92	<i>cyclosporine modified</i>	78
<i>clobetasol proprionate</i>	92	<i>cyproheptadine hcl</i>	87
<i>clodan</i>	92	<i>cyproheptadine hydrochloride</i>	87
<i>clofarabine</i>	27	<i>cyred</i>	63
<i>clomipramine hcl</i>	47	<i>cyred eq</i>	63
<i>clonazepam</i>	44	CYSTADANE.....	69
<i>clonazepam odt</i>	44	CYSTAGON	69
<i>clonidine hcl</i>	41	CYSTARAN	86
<i>clonidine hydrochloride</i>	41	<i>cytarabine</i>	27
<i>clopidogrel</i>	77	<i>cytarabine aqueous</i>	27
<i>clorazepate dipotassium</i>	44		
<i>clotrimazole</i>	91	D	
<i>clotrimazole/betamethasone dipropionate</i>	91	<i>dabigatran etexilate</i>	75
<i>clotrimazole troc</i>	95	<i>dacarbazine</i>	29
<i>clozapine</i>	51	<i>dactinomycin</i>	27
<i>clozapine odt</i>	51	<i>dalfampridine er</i>	56
CLOZAPINE ODT	51	DALIRESP.....	88
COARTEM	19	<i>danazol</i>	67
CODEINE SULFATE	14	<i>dantrolene sodium</i>	56
<i>colchicine</i>	12	<i>dapsone</i>	16, 90
<i>colesevelam hydrochloride</i>	38	DAPTACEL.....	79
<i>colestipol hcl</i>	38	<i>daptomycin</i>	16
<i>colestipol hydrochloride</i>	38	DAPTOMYCIN	16
<i>colistimethate sodium</i>	16	<i>darifenacin hydrobromide er</i>	74
COMBIGAN.....	86	<i>dasetta 1/35</i>	63
COMBIVENT RESPIMAT.....	87	<i>dasetta 7/7/7</i>	63
COMETRIQ.....	30, 31	<i>daunorubicin hydrochloride</i>	27
COMPLERA.....	21	DAUNORUBICIN HYDROCHLORIDE	27
<i>compro</i>	71	DAURISMO	31
<i>constulose</i>	72	<i>daysee</i>	63
COPAXONE	56	<i>deblitane</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>decitabine</i>	27	<i>diazepam</i>	44
<i>deferasirox</i>	61	DIAZEPAM RECTAL GEL.....	44
DELESTROGEN.....	67	<i>diazoxide</i>	68
DELSTRIGO.....	21	<i>diclofenac potassium</i>	12
<i>delyla</i>	63	<i>diclofenac sodium</i>	85, 94
DENGVAXIA.....	79	<i>diclofenac sodium dr</i>	12
<i>dentagel</i>	95	<i>diclofenac sodium er</i>	12
DESCOVY.....	21	<i>diclofenac sodium/misoprostol</i>	12
<i>desipramine hydrochloride</i>	47	<i>dicloxacillin sodium</i>	25
<i>desloratadine</i>	87, 88	<i>dicyclomine hcl</i>	72
<i>desloratadine odt</i>	88	<i>dicyclomine hydrochloride</i>	72
<i>desmopressin acetate</i>	69	DIFICID.....	24
<i>desogestrel/ethinyl estradiol</i>	63	<i>diflorasone diacetate</i>	92
<i>desonide</i>	92	<i>diflunisal</i>	12
<i>desoximetasone</i>	92	<i>difluprednate</i>	85
<i>desrx</i>	92	<i>digitek</i>	41
<i>desvenlafaxine er</i>	48	<i>digox</i>	41
DESVENLAFAXINE ER.....	47	<i>digoxin</i>	41
<i>dexamethasone</i>	68	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	55
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	68	DILANTIN.....	44
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	68, 85	DILANTIN-125.....	44
DEXILANT.....	74	DILANTIN INFATABS.....	44
<i>dexlansoprazole</i>	74	<i>diltiazem hcl</i>	40
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	53	DILTIAZEM HCL.....	40
<i>dexmethylphenidate hcl er</i>	53	<i>diltiazem hcl caps er</i>	40
<i>dexmethylphenidate hydrochloride</i>	53	<i>diltiazem hcl cd</i>	40
<i>dexmethylphenidate hydrochloride er</i>	53	<i>diltiazem hcl inj</i>	40
<i>dextrazoxane</i>	35	<i>diltiazem hydrochloride</i>	40
<i>dextroamphetamine sulfate</i>	53	<i>diltiazem hydrochloride er</i>	40
<i>dextroamphetamine sulfate er</i>	53	<i>dilt-xr</i>	40
DEXTROSE 2.5%/NAACL 0.45%.....	80	DIMENHYDRINATE.....	71
<i>dextrose 5%</i>	80, 81, 83	<i>diphenhydramine hcl</i>	88
DEXTROSE 5% /ELECTROLYTE #48		<i>diphenoxylate/atropine</i>	73
VIAFLEX.....	80	<i>diphenoxylate hydrochloride/atropine sulfate</i>	73
DEXTROSE 5%/LACTATED RINGERS.....	80	DIPHThERIA/TETANUS TOXOIDS	
DEXTROSE 5%/NAACL 0.2%.....	80	ADSORBED PEDIATRIC.....	79
<i>dextrose 5%/nacl 0.3%</i>	80	<i>dipyridamole</i>	77
DEXTROSE 5%/NAACL 0.9%.....	81	<i>disopyramide phosphate</i>	37
DEXTROSE 5%/NAACL 0.33%.....	80	<i>disulfiram</i>	57
DEXTROSE 5%/NAACL 0.45%.....	81	<i>divalproex sodium</i>	44
DEXTROSE 5%/NAACL 0.225%.....	80	<i>divalproex sodium dr</i>	44
<i>dextrose 10%</i>	80, 83	<i>divalproex sodium er</i>	44
DEXTROSE 10%/NAACL 0.2%.....	80	<i>docetaxel</i>	29
DEXTROSE 10%/NAACL 0.45%.....	80	DOCETAXEL.....	29
DEXTROSE 50%.....	83	<i>dofetilide</i>	37
DEXTROSE 70%.....	83	<i>dolishale</i>	63
DIACOMIT.....	44	<i>donepezil hcl</i>	47

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>donepezil hcl odt</i>	47	<i>eletriptan hydrobromide</i>	55
<i>donepezil hydrochloride</i>	47	<i>elinest</i>	63
DOPELET	76	ELIQUIS	75
<i>dorzolamide hcl/timolol maleate</i>	86	ELIQUIS STARTER PACK	75
<i>dorzolamide hydrochloride</i>	86	ELITEK	35
<i>dorzolamide hydrochloride/timolol maleate</i>	86	ELMIRON	74
<i>dotti</i>	67	<i>eluryng</i>	63
DOVATO	21	EMCYT	28
<i>doxazosin mesylate</i>	36	EMEND	71
<i>doxepin hcl</i>	48	<i>emoquette</i>	63
<i>doxepin hydrochloride</i>	48, 54	EMSAM	48
DOXEPIN HYDROCHLORIDE	94	<i>emtricitabine</i>	19
<i>doxercalciferol</i>	70	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil</i>	21
<i>doxorubicin hydrochloride liposomal</i>	27	<i>emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate</i>	21
<i>doxy 100</i>	25	EMTRIVA	19
<i>doxycycline</i>	25	EMVERM	16
DOXYCYCLINE DR	94	<i>enalapril maleate</i>	36
<i>doxycycline hyclate</i>	25	<i>enalapril maleate/hydrochlorothiazide</i>	36
<i>doxycycline hyclate dr</i>	25	ENBREL	77
<i>doxycycline monohydrate</i>	25	ENBREL MINI	77
DRIZALMA	48	ENBREL SURECLICK	77
<i>dronabinol</i>	71	<i>endocet</i>	14
<i>drospirenone/ethinyl estradiol</i>	63	ENGERIX-B	79
<i>drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate</i> <i>calcium</i>	63	ENHERTU	31
DROXIA	76	<i>enoxaparin sodium</i>	75
<i>droxidopa</i>	41	<i>enpresse-28</i>	63
DUAVEE	67	<i>enskyce</i>	63
DUEXIS	12	ENSTILAR	92
<i>duloxetine hcl</i>	48	<i>entacapone</i>	50
<i>duloxetine hydrochloride</i>	48	<i>entecavir</i>	22
DUREZOL	85	ENTRESTO	37
<i>dutasteride</i>	74	<i>enulose</i>	72
<i>dutasteride/tamsulosin hydrochloride</i>	74	EPCLUSA	22
E		EPIDIOLEX	44
<i>ec-naproxen</i>	12	<i>epinastine hcl</i>	85
<i>econazole nitrate</i>	91	<i>epinephrine</i>	41, 89
EDARBI	37	<i>epirubicin hcl</i>	27
EDARBYCLOR	37	<i>epitol</i>	44
EDURANT	19	EPIVIR HBV	22
<i>efavirenz</i>	19	<i>eplerenone</i>	36
<i>efavirenz/emtricitabine/tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate</i>	21	<i>epoprostenol sodium</i>	42
<i>efavirenz/lamivudine/tenofovir disoproxil</i> <i>fumarate</i>	21	EPRONTIA	44
<i>effe-r-k</i>	82	<i>ergotamine tartrate/caffeine</i>	55
		ERIVEDGE	31
		ERLEADA	28
		<i>erlotinib hydrochloride</i>	31
		<i>errin</i>	63

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
ERTACZO.....	91	FARYDAK.....	31
<i>ertapenem</i>	16	FASENRA.....	89
<i>ery</i>	90	<i>fayosim</i>	63
ERYTHROCIN LACTOBIONATE.....	24	<i>febuxostat</i>	12
<i>erythrocine stearate</i>	24	<i>felbamate</i>	44
<i>erythromycin</i>	24, 84, 90	<i>felodipine er</i>	40
<i>erythromycin base</i>	24	<i>femynor</i>	63
<i>erythromycin/benzoyl peroxide</i>	90	<i>fenofibrate</i>	38
<i>erythromycin dr</i>	24	<i>fenofibrate micronized</i>	38
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	24	<i>fenofibric acid dr</i>	38
<i>erythromycin lactobionate</i>	24	<i>fenopropfen calcium</i>	13
<i>erythromycin stearate</i>	24	FENOPROFEN CALCIUM.....	13
ESBRIET.....	89	<i>fentanyl</i>	14
<i>escitalopram oxalate</i>	48	<i>fentanyl citrate</i>	14
<i>esomeprazole magnesium</i>	74	<i>fesoterodine fumarate er</i>	74
<i>esomeprazole sodium</i>	74	FETZIMA.....	48
<i>estarylla</i>	63	FETZIMA TITRATION PACK.....	48
<i>estradiol</i>	67	FIASP.....	58
<i>estradiol/norethindrone acetate</i>	67	FIASP FLEXTOUCH.....	58
<i>estradiol vaginal</i>	67	FIASP PENFILL.....	58
<i>estradiol valerate</i>	67	FINACEA.....	94
ESTRING.....	67	<i>finasteride</i>	74
<i>eszopiclone</i>	54	<i>fingolimod</i>	56
<i>ethambutol hydrochloride</i>	21	FINTEPLA.....	44
<i>ethosuximide</i>	44	<i>finzala</i>	63
<i>ethosuximide soln</i>	44	<i>flac (otic) oil</i>	87
<i>ethynodiol diacetate/ethinyl estradiol</i>	63	FLAREX.....	85
<i>etodolac</i>	12, 13	<i>flavoxate hcl</i>	74
<i>etodolac er</i>	12	FLEBOGAMMA DIF.....	78
<i>etoposide</i>	29	<i>flecainide acetate</i>	37
<i>etravirine</i>	19	FLOVENT DISKUS.....	89
<i>euthyrox</i>	70	FLOVENT HFA.....	89, 90
<i>everolimus</i>	31, 78, 79	<i>flubiprofen sodium</i>	85
EVOTAZ.....	21	<i>fluconazole</i>	18
<i>exemestane</i>	28	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	18
EXKIVITY.....	31	<i>fluconazole/sodium chloride</i>	18
<i>ezetimibe</i>	38	<i>flucytosine</i>	18
<i>ezetimibe/simvastatin</i>	38	<i>fludarabine phosphate</i>	27
F		<i>fludrocortisone acetate</i>	68
<i>falmina</i>	63	<i>flunisolide</i>	89
<i>famciclovir</i>	22	<i>fluocinolone acetate</i>	93
<i>famotidine</i>	72	<i>fluocinolone acetate body</i>	92
<i>famotidine premixed</i>	72	<i>fluocinolone acetate otic oil</i>	87
FANAPT.....	51	<i>fluocinolone acetate scalp</i>	92
FANAPT TITRATION PACK.....	51	<i>fluocinonide</i>	93
FARXIGA.....	59	<i>fluocinonide emulsified</i>	93
		<i>fluoride</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>fluoridex</i>	95	GAMMAGARD S/D	78
<i>fluoridex sensitivity relief/sls free</i>	95	GAMMAKED	78
<i>fluorimax 5000</i>	95	GAMMAPLEX	78
<i>fluorimax 5000 sensitive</i>	95	GAMUNEX-C	78
<i>fluoritab</i>	82	<i>ganciclovir</i>	22
FLUOROMETHOLONE	85	GARDASIL 9	79
FLUOROPLEX	94	<i>gatifloxacin</i>	84
<i>fluorouracil</i>	27, 94	GATTEX	73
FLUOROURACIL CREA 0.5%	94	<i>gavilyte-c</i>	72
<i>fluorouracil external</i>	94	<i>gavilyte-g</i>	72
<i>fluoxetine dr</i>	48	<i>gavilyte-h</i>	72
<i>fluoxetine hcl</i>	48	<i>gavilyte-n/fluor pack</i>	72
<i>fluoxetine hydrochloride</i>	48	GAVRETO	31
<i>fluphenazine decanoate</i>	51	<i>gemcitabine hcl</i>	27
<i>fluphenazine hcl</i>	51	<i>gemcitabine hydrochloride</i>	27
<i>fluphenazine hydrochloride</i>	51	GEMCITABINE HYDROCHLORIDE	27
<i>flurbiprofen</i>	13	<i>gemfibrozil</i>	38
<i>flutamide</i>	28	<i>generlac</i>	72
<i>fluticasone propionate</i>	89, 93	<i>gengraf</i>	79
<i>fluvastatin</i>	38	GENOTROPIN	69
<i>fluvastatin sodium er</i>	38	GENOTROPIN MINIQUICK	69
<i>fluvoxamine maleate</i>	43	<i>gentak</i>	84
<i>fluvoxamine maleate er</i>	43	<i>gentamicin sulfate</i>	17, 84, 90, 91
<i>fomepizole</i>	69	<i>gentamicin sulfate/0.9% sodium chloride</i>	17
<i>fondaparinux sodium</i>	75	<i>gentamicin sulfate pediatric</i>	16
FORTEO	61	GENVOYA	21
<i>fosamprenavir calcium</i>	19	GIANVI	63
<i>fosinopril sodium</i>	36	GILENYA	56
<i>fosinopril sodium/hydrochlorothiazide</i>	36	GILOTRIF	31
<i>fosphenytoin sodium</i>	44	<i>glimepiride</i>	59
FOTIVDA	31	<i>glipizide</i>	59
FRAGMIN	75	<i>glipizide er</i>	59
FREAMINE HBC	83	<i>glipizide/metformin hydrochloride</i>	59
FREAMINE III	83	<i>glipizide xl</i>	59
<i>frovatriptan succinate</i>	55	<i>glycopyrrolate</i>	72
<i>fulvestrant</i>	28	GLYXAMBI	59
<i>furosemide</i>	41	GOLYTELY	73
FUZEON	19	<i>granisetron hcl</i>	71
<i>fyavolv</i>	67	<i>griseofulvin microsize</i>	18
FYCOMPA	44	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	18
G		<i>guanfacine er</i>	53
<i>gabapentin</i>	45	<i>guanfacine hcl</i>	41
<i>galantamine hydrobromide</i>	47	<i>guanfacine hydrochloride</i>	42
<i>galantamine hydrobromide er</i>	47	<i>guanfacine hydrochloride er</i>	53
GAMASTAN	78	GUANIDINE HCL	55
GAMMAGARD LIQUID	78	GVOKE HYPOPEN	68
		GVOKE KIT	68

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
GVOKE PFS.....	68	<i>hydrocortisone valerate</i>	93
H		<i>hydromorphone hcl</i>	15
HAEGARDA	76	HYDROMORPHONE HCL	15
<i>hailey 1.5/30</i>	63	<i>hydromorphone hydrochloride</i>	15
<i>hailey 24 fe</i>	63	HYDROMORPHONE HYDROCHLORIDE	15
<i>hailey fe 1.5/30</i>	63	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	78
<i>hailey fe 1/20</i>	63	<i>hydroxyurea</i>	29
<i>halobetasol propionate</i>	93	<i>hydroxyzine hcl</i>	88
<i>haloperidol</i>	51	<i>hydroxyzine hydrochloride</i>	88
<i>haloperidol decanoate</i>	51	<i>hydroxyzine pamoate</i>	88
<i>haloperidol lactate</i>	51	<i>hyperlyte-cr</i>	81
HARVONI	22	HYSINGLA ER	14
HAVRIX	79	I	
<i>heather</i>	63	<i>ibandronate sodium</i>	61
<i>heparin sodium</i>	76	IBRANCE	31
HEPARIN SODIUM.....	76	<i>ibu</i>	13
HEPARIN SODIUM/D5W	75	<i>ibuprofen</i>	13
HEPARIN SODIUM/DEXTROSE.....	75	<i>ibuprofen/famotidine</i>	13
HEPARIN SODIUM/NACL 0.45%.....	75	<i>icatibant acetate</i>	76
HEPARIN SODIUM/SODIUM CHLORIDE.....	75	<i>iclevia</i>	63
HEPATAMINE.....	83	ICLUSIG.....	31
HERCEPTIN HYLECTA	31	<i>idarubicin hcl</i>	27
HETLIOZ.....	54	IDHIFA	31
HETLIOZ LQ ORAL SUSP	54	IFEX.....	26
HIBERIX	79	<i>ifosfamide</i>	26
HUMIRA.....	77	IFOSFAMIDE.....	26
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK	77	ILEVRO.....	85
HUMIRA PEN.....	77	<i>imatinib mesylate</i>	31
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC STARTER PACK	77	IMBRUVICA.....	31, 32
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	58	<i>imipenem/cilastatin</i>	17
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	58	<i>imipramine hcl</i>	48
<i>hydralazine hcl</i>	42	<i>imipramine hydrochloride</i>	48
<i>hydralazine hydrochloride</i>	42	<i>imipramine pamoate</i>	48
<i>hydrochlorothiazide</i>	41	<i>imiquimod</i>	94
<i>hydrocodone/acetaminophen</i>	15	IMIQUIMOD PUMP.....	94
<i>hydrocodone bitartrate/acetaminophen</i>	14, 15	IMLYGIC.....	29
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	14	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....	79
<i>hydrocodone/ibuprofen</i>	15	<i>incassia</i>	63
<i>hydrocortisone</i>	68, 72, 93	INCRELEX.....	69
<i>hydrocortisone/acetic acid</i>	87	INCRUSE ELLIPTA.....	87
<i>hydrocortisone butyrate</i>	93	<i>indapamide</i>	41
<i>hydrocortisone butyrate hydrophilic lipophilic base</i>	93	INFANRIX.....	79
<i>hydrocortisone perianal</i>	94	INLYTA.....	32
		INQOVI	27
		INREBIC.....	32
		INTELENCE.....	19

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
INTRON A.....	78	JENTADUETO XR.....	60
<i>introvale</i>	63	<i>jinteli</i>	67
INVEGA HAFYERA.....	51	JOLESSA.....	64
INVEGA SUSTENNA.....	51	<i>juleber</i>	64
INVEGA TRINZA.....	51, 52	JULUCA.....	21
INVIRASE.....	19	<i>junel 1.5/30</i>	64
IPOL INACTIVATED IPV.....	79	<i>junel 1/20</i>	64
<i>ipratropium bromide</i>	87	<i>junel fe 1.5/30</i>	64
<i>ipratropium bromide/albuterol sulfate</i>	87	<i>junel fe 1/20</i>	64
<i>ipratropium bromide nasal</i>	87	<i>junel fe 24</i>	64
<i>irbesartan</i>	37	<i>just right 5000</i>	95
<i>irbesartan/hydrochlorothiazide</i>	37		
IRESSA.....	32	K	
<i>irinotecan</i>	29	KADCYLA.....	32
<i>irinotecan hydrochloride</i>	29	<i>kaitlib fe</i>	64
ISENTRESS.....	19	KALETRA.....	21
ISENTRESS HD.....	19	<i>kalliga</i>	64
<i>isibloom</i>	64	KALYDECO.....	89
ISOLYTE-P/DEXTROSE 5%.....	81	<i>kariva</i>	64
ISOLYTE-S.....	81	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.9%.....	81
ISOLYTE-S PH 7.4.....	81	KCL 0.3%/D5W/NACL 0.45%.....	81
<i>isoniazid</i>	21, 22	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.2%.....	81
ISOPTO ATROPINE.....	86	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.9%.....	81
<i>isosorbide dinitrate</i>	42	KCL 0.15%/D5W/NACL 0.45%.....	81
<i>isosorbide dinitrate/hydralazine hydrochloride</i>	42	KCL 0.075%/D5W/NACL 0.45%.....	81
<i>isosorbide mononitrate</i>	42	<i>kelnor 1/35</i>	64
<i>isosorbide mononitrate er</i>	42	<i>kelnor 1/50</i>	64
<i>isotonic gentamicin</i>	17	KERENDIA.....	36
<i>isotretinoin</i>	90	KESIMPTA.....	56
<i>isradipine</i>	40	<i>ketoconazole</i>	18, 91, 92
ISTODAX (OVERFILL).....	32	<i>ketodan</i>	91
<i>itraconazole</i>	18	<i>ketoprofen</i>	13
<i>ivermectin</i>	17	<i>ketoprofen er</i>	13
IXIARO.....	79	<i>ketorolac tromethamine</i>	13, 85
J		KEYTRUDA.....	32
<i>jaimiess</i>	64	KHAPZORY.....	35
JAKAFI.....	32	KINRIX.....	79
<i>jantoven</i>	76	KISQALI.....	29, 32
JANUMET.....	59	KISQALI FEMARA 200 DOSE.....	29
JANUMET XR.....	59	KISQALI FEMARA 400 DOSE.....	29
JANUVIA.....	59	KISQALI FEMARA 600 DOSE.....	29
JARDIANCE.....	59	<i>klor-con</i>	82
<i>jasmiel</i>	64	KLOR-CON 8.....	82
<i>javygtor</i>	69	KLOR-CON 10.....	82
<i>jencycla</i>	64	<i>klor-con/ef</i>	82
JENTADUETO.....	59, 60	<i>klor-con m10</i>	82
		<i>klor-con m15</i>	82

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>klor-con m20</i>	82	<i>levalbuterol</i>	88
KORLYM	69	<i>levalbuterol hydrochloride</i>	88
KRISTALOSE	73	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA	88
<i>kurvelo</i>	64	LEVEMIR	58
KYNMOBI	50	LEVEMIR FLEXTOUCH	58
L		<i>levetiracetam</i>	45
<i>labetalol hydrochloride</i>	39	<i>levetiracetam er</i>	45
<i>lacosamide</i>	45	<i>levetiracetam/sodium chloride</i>	45
<i>lactated ringers viaflex</i>	81	<i>levobunolol hcl</i>	86
<i>lactulose</i>	73	<i>levocarnitine</i>	69
<i>lamivudine</i>	20, 22	LEVOCARNITINE	69
<i>lamivudine/zidovudine</i>	21	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	88
<i>lamotrigine</i>	45	<i>levofloxacin</i>	24, 84
<i>lamotrigine er</i>	45	<i>levofloxacin in d5w</i>	24
<i>lamotrigine odt</i>	45	<i>levoleucovorin calcium</i>	35
<i>lamotrigine starter kit/blue</i>	45	<i>levonest</i>	64
<i>lamotrigine starter kit/green</i>	45	<i>levonorgestrel/ethinyl estradiol</i>	64
<i>lamotrigine starter kit/orange</i>	45	<i>levora</i>	64
<i>lansoprazole/amoxicillin/clarithromycin</i>	73	LEVO-T	70
<i>lansoprazole dr</i>	74	<i>levothyroxine sodium</i>	70
<i>lanthanum carbonate</i>	70	LEVOTHYROXINE SODIUM	70
<i>lapatinib ditosylate</i>	32	LEVOXYL	70
<i>larin 1.5/30</i>	64	LEXIVA	20
<i>larin 1/20</i>	64	LIBTAYO	32
<i>larin 24 fe</i>	64	<i>lidocaine</i>	94
<i>larin fe 1.5/30</i>	64	<i>lidocaine hcl</i>	16, 38
<i>larin fe 1/20</i>	64	LIDOCAINE HCL	38
<i>larissia</i>	64	<i>lidocaine hcl external</i>	94
LASTACRAFT	85	LIDOCAINE HCL IN D5W	38
<i>latanoprost</i>	86	<i>lidocaine hydrochloride</i>	16
LATUDA	52	<i>lidocaine/prilocaine</i>	94
LEENA	64	<i>lidocaine viscous</i>	95
<i>leflunomide</i>	78	<i>lillow</i>	64
<i>lenalidomide</i>	28	<i>linezolid</i>	17
LENVIMA	32	LINEZOLID	17
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	32	LINZESS	73
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	32	<i>liothyronine sodium</i>	70
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE	32	<i>lisinopril</i>	36
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE	32	<i>lisinopril/hydrochlorothiazide</i>	36
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	32	LITHIUM	55
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE	32	<i>lithium carbonate</i>	55
<i>lessina</i>	64	<i>lithium carbonate er</i>	55
<i>letrozole</i>	28	<i>loestrin 1.5/30-21</i>	64
<i>leucovorin calcium</i>	35	<i>loestrin 1/20-21</i>	64
LEUKERAN	26	<i>loestrin fe 1.5/30</i>	64
<i>leuprolide acetate</i>	28	<i>loestrin fe 1/20</i>	64
		<i>lojaimiess</i>	64

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
LOKELMA	61	<i>meclofenamate sodium</i>	13
LONSURF	27	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	65, 70
<i>loperamide hcl</i>	73	<i>mefloquine hcl</i>	19
<i>lopinavir/ritonavir</i>	21	<i>megestrol acetate</i>	28, 70
LOPREEZA	67	MEKINIST	32
<i>lorazepam</i>	43	MEKTOVI	32
<i>lorazepam intensol</i>	43	<i>melodetta 24 fe</i>	65
LORBRENA	32	<i>meloxicam</i>	13
<i>loryna</i>	64	<i>melphalan</i>	26
<i>losartan potassium</i>	37	<i>melphalan hydrochloride</i>	26
<i>losartan potassium/hydrochlorothiazide</i>	37	MEMANTINE HCL TITRATION PAK	47
LOTEMAX	85	<i>memantine hydrochloride</i>	47
LOTEMAX SM	85	<i>memantine hydrochloride er</i>	47
<i>loteprednol etabonate</i>	85	MENACTRA	80
<i>lovastatin</i>	38	MENQUADFI	80
<i>low-ogestrel</i>	65	MENVEO	80
<i>loxapine</i>	52	<i>meprobamate</i>	43
<i>loxapine succinate</i>	52	<i>mercaptopurine</i>	27
<i>lo-zumandimine</i>	64	<i>meropenem</i>	17
LUMAKRAS	32	<i>mesalamine</i>	72
LUMIGAN	86	<i>mesalamine dr</i>	72
LUMOXITI	32	<i>mesna</i>	35
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	28	MESNEX	35
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	28	<i>metformin hydrochloride</i>	60
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	69	<i>metformin hydrochloride er</i>	60
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	69	<i>methadone hcl</i>	14
<i>lutera</i>	65	METHADONE HCL INJ	14
<i>lyleq</i>	65	<i>methazolamide</i>	41
<i>lyllana</i>	67	<i>methenamine hippurate</i>	17
LYNPARZA	32	<i>methenamine mandelate</i>	17
LYSODREN	28	<i>methergine</i>	69
<i>lyza</i>	65	<i>methimazole</i>	70
M		<i>methotrexate</i>	27, 78
<i>mafenide acetate</i>	91	<i>methotrexate sodium</i>	27
<i>magnesium sulfate</i>	81	<i>methoxsalen</i>	91
MAGNESIUM SULFATE	81	<i>methscopolamine bromide</i>	72
<i>malathion</i>	95	<i>methyldopa</i>	42
<i>maprotiline</i>	48	<i>methylergonovine maleate</i>	69
<i>maraviroc</i>	20	<i>methylphenidate hydrochloride</i>	54
<i>marlissa</i>	65	<i>methylphenidate hydrochloride cd</i>	54
MARPLAN	48	<i>methylphenidate hydrochloride er</i>	54
MATULANE	29	METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE	
<i>matzim la</i>	40	ER	54
MAVYRET	22	<i>methylprednisolone</i>	68
<i>meclizine hcl</i>	71	<i>methylprednisolone acetate</i>	68
<i>meclizine hydrochloride</i>	71	<i>methylprednisolone sodium succinate</i>	68
		<i>metoclopramide hcl</i>	71

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>metoclopramide hydrochloride</i>	71	<i>morphine sulfate er</i>	14
<i>metoclopramide odt</i>	71	MORPHINE SULFATE/SODIUM CHLORIDE ..	14
METOCLOPRAMIDE ODT	71	MOVANTIK	73
<i>metolazone</i>	41	<i>moxifloxacin hydrochloride</i>	25, 84
<i>metoprolol/hydrochlorothiazide</i>	39	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium</i>	
<i>metoprolol succinate er</i>	39	<i>hydrochloride</i>	24
<i>metoprolol tartrate</i>	39	<i>moxifloxacin hydrochloride/sodium hydrochloride</i>	24
<i>metronidazole</i>	17, 94	MULTAQ	38
<i>metronidazole vaginal</i>	75	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	82
<i>metyrosine</i>	42	<i>multivitamin/fluoride</i>	82
<i>mibelas 24 fe</i>	65	<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	82
<i>micafungin</i>	18	<i>mupirocin</i>	91
<i>miconazole 3 vaginal</i>	75	<i>mutamycin</i>	27
MICROGESTIN 1.5/30	65	<i>mycophenolate mofetil</i>	79
MICROGESTIN 1/20	65	<i>mycophenolic acid dr</i>	79
<i>microgestin 24 fe</i>	65	MYLOTARG	32
MICROGESTIN FE 1.5/30	65	<i>myorisan</i>	90
MICROGESTIN FE 1/20	65	MYRBETRIQ	74
<i>midodrine hcl</i>	42		
<i>miglitol</i>	60	N	
<i>mili</i>	65	<i>nabumetone</i>	13
<i>mimvey</i>	67	<i>nadolol</i>	39
<i>minitran</i>	42	<i>nafcillin sodium</i>	25
<i>minocycline hcl</i>	26	<i>naftifine</i>	91
<i>minocycline hydrochloride</i>	26	<i>nalbuphine hcl</i>	15
<i>minocycline hydrochloride er</i>	26	<i>naloxone hcl</i>	57
<i>minoxidil</i>	42	<i>naloxone hydrochloride</i>	57
<i>mirtazapine</i>	48	<i>naltrexone hcl</i>	57
<i>mirtazapine odt</i>	48	NAMZARIC	47
<i>misoprostol</i>	73	<i>naproxen</i>	13
MITIGARE.....	12	<i>naproxen dr</i>	13
<i>mitomycin</i>	27	<i>naproxen/esomeprazole magnesium</i>	13
<i>mitoxantrone hcl</i>	29	<i>naproxen sodium</i>	13
M-M-R II	79	NAPROXEN SODIUM.....	13
M-NATAL PLUS	82	NAPROXEN SODIUM CR.....	13
<i>modafinil</i>	56	<i>naproxen sodium er</i>	13
<i>moexipril hcl</i>	36	<i>naratriptan hcl</i>	55
<i>molindone hydrochloride</i>	52	NARCAN.....	57
<i>mometasone furoate</i>	89, 93	NATACYN.....	84
<i>mondoxyne nl</i>	26	<i>nateglinide</i>	60
MONJUVI.....	32	NATPARA.....	61
<i>mono-lynyah</i>	65	NAYZILAM.....	45
<i>montelukast sodium</i>	88	<i>nebivolol</i>	39
<i>morgidox 1x100mg</i>	26	<i>nebivolol hydrochloride</i>	39
<i>morgidox 2x100mg</i>	26	<i>necon 0.5/35-28</i>	65
<i>morphine sulfate</i>	15	<i>nefazodone hydrochloride</i>	48
MORPHINE SULFATE.....	15	<i>neomycin/bacitracin/polymyxin</i>	84

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>neomycin/polymyxin/bacitracin/hydrocortisone</i>	83	<i>norgestimate/ethinyl estradiol</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/dexamethasone</i>	83	NORITATE	94
<i>neomycin/polymyxin/gramicidin</i>	84	<i>norlyda</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/hc</i>	87	<i>norlyroc</i>	65
<i>neomycin/polymyxin/hydrocortisone</i>	84, 87	NORPACE CR	38
<i>neomycin sulfate</i>	17	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	65
NEONATAL PLUS	82	<i>nortrel 1/35</i>	65
<i>neo-polycin</i>	84	<i>nortrel 7/7/7</i>	65
<i>neo-polycin hc</i>	83	<i>nortriptyline hcl</i>	48
NEPHRAMINE	83	<i>nortriptyline hydrochloride</i>	49
NERLYNX	32	NORVIR.....	20
<i>neuac</i>	90	NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA PEN	
NEUPRO.....	50	NEEDLE/ORIGINAL/ULTRA-FINE	58
<i>nevirapine</i>	20	NOVOLIN 70/30	58
<i>nevirapine er</i>	20	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	58
NEXAVAR	32	NOVOLIN N	58
<i>niacin</i>	38	NOVOLIN N FLEXPEN	58
<i>niacin er</i>	38	NOVOLIN R.....	58
<i>niacor</i>	39	NOVOLIN R FLEXPEN	58
<i>nicardipine hcl</i>	40	NOVOLOG.....	58
NICOTROL	57	NOVOLOG FLEXPEN	58
NICOTROL INHALER.....	57	NOVOLOG MIX 70/30.....	58
<i>nifedipine er</i>	40	NOVOLOG MIX 70/30 PREFILLED FLEXPEN	59
<i>nikki</i>	65	NOVOLOG PENFILL.....	59
<i>nilutamide</i>	28	NOXAFIL	18
<i>nimodipine</i>	40	NUBEQA.....	28
NINLARO.....	32	NUEDEXTA	55
NIPENT	29	NULOJIX.....	79
<i>nisoldipine er</i>	40	NULYTELY	73
<i>nitazoxanide</i>	17	NULYTELY/FLAVOR PACKS	73
<i>nitisinone</i>	69	NUPLAZID.....	52
NITRO-BID	42	NURTEC.....	55
<i>nitrofurantoin macrocrystals</i>	17	NUTRILIPID	83
<i>nitrofurantoin monohydrate/macrocrystals</i>	17	NUZYRA	26
NITROGLYCERIN INJ.....	42	<i>nyamyc</i>	91
<i>nitroglycerin lingual spray</i>	42	<i>nylia 1/35</i>	65
<i>nitroglycerin sl</i>	42	<i>nylia 7/7/7</i>	65
<i>nitroglycerin transdermal</i>	42	<i>nymyo</i>	65
NIVA-PLUS	82	<i>nystatin</i>	18, 91, 95
<i>nizatidine</i>	72	<i>nystop</i>	91
NORA-BE.....	65	O	
<i>norethindrone</i>	65	OCELLA.....	65
<i>norethindrone acetate</i>	70	OCTAGAM.....	78
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol</i>	65, 67	<i>octreotide acetate</i>	69
<i>norethindrone acetate/ethinyl estradiol/ferrous</i>		ODEFSEY	21
<i>fumarate</i>	65	ODOMZO	32
<i>norethindrone/ethinyl estradiol/ferrous fumarate</i>	65		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
OFEV	89	PAMIDRONATE DISODIUM	61
<i>ofloxacin</i>	84, 87	PANRETIN	94
<i>olanzapine</i>	52	<i>pantoprazole sodium</i>	74
<i>olanzapine odt</i>	52	PANZYGA	78
<i>olmesartan medoxomil</i>	37	<i>paraplatin</i>	26
<i>olmesartan medoxomil/amlodipine/ hydrochlorothiazide</i>	37	<i>paricalcitol</i>	71
<i>olmesartan medoxomil/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>paroex</i>	95
<i>olopatadine hcl</i>	85, 88	<i>paromomycin sulfate</i>	17
<i>omeprazole</i>	74	<i>paroxetine hcl</i>	49
ONCASPAR	29	<i>paroxetine hcl er</i>	49
<i>ondansetron hcl</i>	71	<i>paroxetine hydrochloride</i>	49
<i>ondansetron hydrochloride</i>	71	PASER	22
<i>ondansetron odt</i>	71	PAXIL	49
ONUREG	28	PEDIARIX	80
OPSUMIT	42	PEDVAX HIB	80
ORACEA	94	<i>peg-3350/electrolytes</i>	73
<i>oralone dental paste</i>	95	<i>peg-3350/nacl/na bicarbonate/kcl</i>	73
ORGOVYX	28	PEGASYS	22
ORKAMBI	89	PEMAZYRE	33
<i>orsythia</i>	65	<i>pemetrexed</i>	28
ORTHO MICRONOR	66	PEMETREXED	28
<i>oseltamivir phosphate</i>	22	<i>pemetrexed disodium</i>	28
OTEZLA	77	<i>penicillamine</i>	61
<i>oxacillin sodium</i>	25	<i>penicillin g potassium</i>	25
<i>oxaliplatin</i>	26	PENICILLIN G POTASSIUM IN ISO- OSMOTIC DEXTROSE	25
<i>oxandrolone</i>	57	PENICILLIN G PROCAINE	25
<i>oxaprozin</i>	13	<i>penicillin g sodium</i>	25
<i>oxazepam</i>	43	<i>penicillin v potassium</i>	25
<i>oxcarbazepine</i>	45	PENNSAID	94
<i>oxiconazole nitrate</i>	91	PENTACEL	80
<i>oxybutynin chloride</i>	74	<i>pentamidine isethionate</i>	17
<i>oxybutynin chloride er</i>	74	<i>pentoxifylline er</i>	76
<i>oxycodone/acetaminophen</i>	16	PEPAXTO	26
<i>oxycodone/aspirin</i>	16	<i>perindopril erbumine</i>	36
<i>oxycodone hcl</i>	15	<i>periogard</i>	95
<i>oxycodone hydrochloride</i>	15	<i>permethrin</i>	95
<i>oxymorphone hydrochloride</i>	16	<i>perphenazine</i>	49, 52
OZEMPIC	60	<i>perphenazine/amitriptyline</i>	49
P		PERSERIS	52
<i>pacerone</i>	38	<i>phenelzine sulfate</i>	49
<i>paclitaxel</i>	29	<i>phenobarbital</i>	45
<i>paclitaxel protein-bound particles</i>	29	<i>phenobarbital sodium</i>	45
PADCEV	32	PHENYTEK	45
<i>paliperidone er</i>	52	<i>phenytoin</i>	45
<i>pamidronate disodium</i>	61	<i>phenytoin sodium</i>	45
		PHESGO	33

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>philith</i>	66	<i>pravastatin sodium</i>	38
PHOSPHOLINE IODIDE	86	<i>praziquantel</i>	17
PIFELTRO	20	<i>prazosin hydrochloride</i>	36
<i>pilocarpine hcl</i>	86	<i>prednicarbate</i>	93
<i>pilocarpine hydrochloride</i>	95	PREDNICARBATE	93
<i>pimozide</i>	52	<i>prednisolone</i>	68
<i>pimtree</i>	66	<i>prednisolone acetate</i>	85
<i>pindolol</i>	39	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	68
<i>pioglitazone hcl</i>	60	PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE	
<i>pioglitazone hcl-glimepiride</i>	60	OPHTHALMIC SOLN 1%	85
<i>pioglitazone hcl/metformin hcl</i>	60	<i>prednisone</i>	68
<i>pioglitazone hydrochloride</i>	60	PREDNISONE INTENSOL	68
<i>piperacillin sodium/tazobactam sodium</i>	25	<i>pregabalin</i>	45
PIQRAY	33	<i>pregabalin er</i>	55
<i>pirfenidone</i>	89	PREHEVBRIO	80
<i>pirmella 1/35</i>	66	PREMARIN	67
<i>pirmella 7/7/7</i>	66	PREMASOL	83
<i>piroxicam</i>	13	PREMPRO	68
PLASMA-LYTE-148	81	PRENATAL	82
PLASMA-LYTE A	81	PRENATAL PLUS	82
<i>plenamine</i>	83	PRENATAL PLUS LOW IRON	82
PLENVU	73	PREPLUS	82
PNV PRENATAL PLUS MULTIVITAMIN	82	PRETOMANID	22
<i>podofilox</i>	94	<i>prevalite</i>	39
POLIVY	33	<i>previfem</i>	66
<i>polycin</i>	84	PREVYMIS	22
<i>polymyxin b sulfate/trimethoprim sulfate</i>	84	PREZCOBIX	21
<i>poly-vitamin/fluoride</i>	82	PREZISTA	20
POMALYST	28	PRIFTIN	22
<i>portia-28</i>	66	<i>primaquine phosphate</i>	19
<i>posaconazole dr</i>	19	<i>primidone</i>	45
<i>potassium chloride</i>	81, 82	PRIORIX	80
POTASSIUM CHLORIDE	81	PRIVIGEN	78
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE	81	<i>probenecid</i>	12
POTASSIUM CHLORIDE/DEXTROSE/ SODIUM CHLORIDE	81	<i>probenecid/colchicine</i>	12
<i>potassium chloride er</i>	82	PROCALAMINE	83
<i>potassium chloride/sodium chloride</i>	81	<i>prochlorperazine</i>	71
POTASSIUM CHLORIDE/SODIUM CHLORIDE	81	<i>prochlorperazine edisylate</i>	71
<i>potassium citrate er</i>	74	<i>prochlorperazine maleate</i>	71
POTELIGEO	33	PROCRIT	76
PRADAXA	76	<i>procto-med hc</i>	94
PRALUENT	39	<i>procto-pak</i>	94
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	50	<i>proctosol hc</i>	93
<i>pramipexole dihydrochloride er</i>	50	<i>proctozone-hc</i>	94
<i>prasugrel</i>	77	<i>progesterone</i>	70
		PROGRAF	79
		PROLASTIN-C	89

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
PROLENSA.....	85	<i>relafen</i>	13
PROLIA.....	61	RELENZA DISKHALER.....	22
PROMACTA.....	76	<i>repaglinide</i>	60
<i>promethazine hcl</i>	71	RESTASIS.....	86
<i>promethazine hydrochloride</i>	71	RESTASIS MULTIDOSE.....	86
<i>promethegan</i>	71	RETEVMO.....	33
<i>propafenone hcl</i>	38	REVLIMID.....	28
<i>propafenone hydrochloride er</i>	38	REXULTI.....	52
<i>proparacaine hcl</i>	86	REYATAZ.....	20
<i>propranolol hcl</i>	39	REZUROCK.....	79
<i>propranolol hcl er</i>	39	RHOPRESSA.....	86
<i>propranolol hydrochloride</i>	39	<i>ribavirin</i>	22
<i>propranolol hydrochloride er</i>	39	<i>rifabutin</i>	22
<i>propranolol/hydrochlorothiazide</i>	39	<i>rifampin</i>	22
<i>propylthiouracil</i>	70	<i>riluzole</i>	55
PROQUAD.....	80	<i>rimantadine hydrochloride</i>	22
PROSOL.....	83	RINGERS INJECTION.....	81
<i>protriptyline hcl</i>	49	RINVOQ.....	77
PULMICORT FLEXHALER.....	90	<i>risedronate sodium</i>	61
PULMOZYME.....	89	<i>risedronate sodium dr</i>	61
PURIXAN.....	28	RISPERDAL CONSTA.....	52
<i>pyrazinamide</i>	22	<i>risperidone</i>	52
<i>pyridostigmine bromide</i>	55	<i>risperidone odt</i>	52
<i>pyridostigmine bromide er</i>	55	<i>ritonavir</i>	20
Q		RITUXAN.....	33
QINLOCK.....	33	RITUXAN HYCELA.....	33
QUADRACEL.....	80	<i>rivastigmine tartrate</i>	47
<i>quetiapine fumarate</i>	52	<i>rivastigmine transdermal system</i>	47
<i>quetiapine fumarate er</i>	52	RIVELSA.....	66
<i>quinapril hcl</i>	36	<i>rizatriptan benzoate</i>	55
<i>quinapril hydrochloride</i>	36	<i>rizatriptan benzoate odt</i>	55
<i>quinapril/hydrochlorothiazide</i>	36	<i>roflumilast</i>	89
<i>quinidine sulfate</i>	38	<i>romidepsin</i>	33
<i>quinine sulfate</i>	19	<i>ropinirole er</i>	50
R		<i>ropinirole hcl</i>	50
RABAVERT.....	80	<i>ropinirole hydrochloride</i>	50
<i>rabeprazole sodium dr</i>	74	<i>rosadan</i>	94
<i>raloxifene hydrochloride</i>	69	<i>rosuvastatin calcium</i>	38
<i>ramipril</i>	36	ROTARIX.....	80
<i>ranolazine er</i>	42	ROTATEQ.....	80
<i>rasagiline mesylate</i>	50	<i>roweepra</i>	46
<i>reclipsen</i>	66	ROZLYTREK.....	33
RECOMBIVAX HB.....	80	RUBRACA.....	33
RECTIV.....	94	<i>rufinamide</i>	46
REGRANEX.....	95	RUKOBIA.....	20
		RUXIENCE.....	33
		RYBELSUS.....	60

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
RYDAPT	33	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62
S		SODIUM SULFATE/POTASSIUM SULFATE/ MAGNESIUM SULFATE	73
<i>sajazir</i>	76	<i>solifenacin succinate</i>	75
SANCUSO	71	SOLQUA 100/33	59
SANDIMMUNE	79	SOLTAMOX	28
SANDOSTATIN LAR	69	SOLU-CORTEF	68
SANTYL	95	SOMATULINE DEPOT	70
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	69	SOMAVERT	70
SARCLISA	33	<i>sorafenib tosylate</i>	33
SCSEMBLIX	33	<i>sorine</i>	38
<i>scopolamine</i>	71	<i>sotalol hcl</i>	38
SECUADO	53	<i>sotalol hydrochloride af</i>	38
<i>selegiline hcl</i>	50	<i>spironolactone</i>	36, 41
<i>selenium sulfide</i>	92	<i>spironolactone/hydrochlorothiazide</i>	41
SELZENTRY	20	<i>sprintec 28</i>	66
SEREVENT DISKUS	88	SPRITAM	46
<i>sertraline hcl</i>	49	SPRYCEL	33
<i>sertraline hydrochloride</i>	49	<i>sps</i>	62
<i>setlakin</i>	66	<i>sronyx</i>	66
<i>sf gel</i>	95	SSD	91
<i>sharobel</i>	66	<i>stavudine</i>	20
SHINGRIX	80	STELARA	77, 78
SIGNIFOR	70	STERILE WATER FOR IRRIGATION	95
<i>sildenafil</i>	42	STIVARGA	33
<i>silodosin</i>	74	<i>streptomycin sulfate</i>	17
SILVER SULFADIAZINE	91	STRIBILD	21
SIMBRINZA	86	<i>subvenite</i>	46
<i>simliya</i>	66	<i>subvenite starter kit</i>	46
<i>simpesse</i>	66	<i>sucralfate</i>	73
<i>simvastatin</i>	38	SUCRALFATE SUSP	73
<i>sirolimus</i>	79	<i>sulfacetamide sodium</i>	84, 90
SIRTURO	22	<i>sulfacetamide sodium/prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i>	84
SIVEXTRO	17	<i>sulfadiazine</i>	17
SKYRIZI	77	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim</i>	17
SKYRIZI PEN	77	<i>sulfamethoxazole/trimethoprim ds</i>	17
<i>sodium bicarbonate</i>	81	SULFAMYLON	91
SODIUM BICARBONATE	81	<i>sulfasalazine</i>	72
<i>sodium chloride</i>	82	SULFASALAZINE	72
SODIUM CHLORIDE	82	<i>sulindac</i>	13
SODIUM CHLORIDE 0.9% IRRIGATION SOLN	95	<i>sumatriptan</i>	55
<i>sodium chloride 0.45%</i>	81	<i>sumatriptan/naproxen sodium</i>	55
<i>sodium fluoride</i>	82, 95	<i>sumatriptan succinate</i>	55
<i>sodium fluoride 5000 ppm</i>	95	<i>sumatriptan succinate refill</i>	55
<i>sodium fluoride 5000 ppm sensitive</i>	95	<i>sunitinib malate</i>	33
<i>sodium phenylbutyrate</i>	70	SUPRAX	24

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
SUPREP BOWEL PREP.....	73	TENIVAC	80
SUTAB.....	73	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	20
SUTENT	33	TEPMETKO	34
<i>syeda</i>	66	<i>terazosin hcl</i>	36
SYMBICORT.....	90	<i>terazosin hydrochloride</i>	36
SYMLINPEN 60.....	60	<i>terbinafine hcl</i>	19
SYMLINPEN 120.....	60	<i>terbutaline sulfate</i>	88
SYMPAZAN.....	46	<i>terconazole</i>	75
SYMTUZA	21	<i>testosterone</i>	57
SYNAREL	67	<i>testosterone cypionate</i>	57
SYNERCID.....	17	<i>testosterone enanthate</i>	57
SYNJARDY.....	60	<i>testosterone gel</i>	57
SYNJARDY XR	60	<i>testosterone pump</i>	57
SYNRIBO	29	<i>tetrabenazine</i>	55
SYNTHROID	70	<i>tetracycline hydrochloride</i>	26
T		TEXACORT.....	93
TABLOID	28	THALOMID	29
TABRECTA	33	<i>theophylline</i>	89
<i>tacrolimus</i>	79, 95	<i>theophylline er</i>	89
<i>tadalafil</i>	42	<i>thioridazine hcl</i>	53
TAFINLAR	33	<i>thiotepa</i>	26
TAGRISSO	33	<i>thiothixene</i>	53
TALTZ.....	78	<i>tiadylt er</i>	40
TALZENNA.....	33	<i>tiagabine hydrochloride</i>	46
<i>tamoxifen citrate</i>	28	TIBSOVO	34
<i>tamsulosin hydrochloride</i>	74	TICOVAC	80
TARGRETIN	95	<i>tigecycline</i>	26
<i>tarina fe 1/20</i>	66	TILIA FE.....	66
<i>tarina fe 1/20 eq</i>	66	<i>timolol maleate</i>	39, 86
TASIGNA.....	33	TIMOLOL MALEATE	86
<i>tazarotene</i>	92	<i>tinidazole</i>	17
<i>tazicef</i>	24	TIVICAY.....	20
TAZORAC	92	TIVICAY PD	20
<i>taztia xt</i>	40	<i>tizanidine hcl</i>	56
TAZVERIK	33	<i>tizanidine hydrochloride</i>	56
TDVAX	80	TOBRADEX.....	84
TECENTRIQ	33	TOBRADEX ST	84
TECFIDERA.....	56	<i>tobramycin</i>	84
TECFIDERA STARTER PACK	56	<i>tobramycin/dexamethasone</i>	84
TEFLARO.....	24	<i>tobramycin nebu</i>	18
<i>telmisartan</i>	37	<i>tobramycin sulfate</i>	18
<i>telmisartan/amlodipine</i>	37	<i>tolterodine tartrate</i>	75
<i>telmisartan/hydrochlorothiazide</i>	37	<i>tolterodine tartrate er</i>	75
<i>temazepam</i>	54	<i>topiramate</i>	46
TEMIXYS.....	21	TOPIRAMATE ER	46
<i>temsirolimus</i>	33	<i>toposar</i>	29
		<i>topotecan hcl</i>	29

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
TOPOTECAN HCL.....	29	<i>tri-lo-sprintec</i>	66
<i>toremifene citrate</i>	28	<i>trilyte</i>	73
<i>torseמידe</i>	41	<i>trimethobenzamide hydrochloride</i>	71
<i>tovet</i>	93	<i>trimethoprim</i>	18, 84
TOVIAZ.....	75	<i>trimethoprim sulfate/polymyxin b sulfate</i>	84
TPN ELECTROLYTES.....	82	<i>tri-mili</i>	66
TRACLEER.....	42	<i>trimipramine maleate</i>	49
TRADJENTA.....	60	TRINTELLIX.....	49
<i>tramadol hcl</i>	16	<i>tri-nymyo</i>	66
<i>tramadol hcl er</i>	14	<i>tri-previfem</i>	66
<i>tramadol hydrochloride</i>	16	<i>tri-sprintec</i>	66
<i>tramadol hydrochloride/acetaminophen</i>	16	TRIUMEQ.....	21
<i>trandolapril</i>	36	TRIUMEQ PD.....	21
<i>trandolapril/verapamil hcl er</i>	36	<i>tri-vite/fluoride</i>	82
<i>tranexamic acid</i>	76	<i>trivora-28</i>	66
<i>tranylcypramine sulfate</i>	49	<i>tri-vylibra</i>	66
TRAVASOL.....	83	<i>tri-vylibra lo</i>	66
<i>travoprost</i>	86	TRIZIVIR.....	21
<i>trazodone hydrochloride</i>	49	TRODELVY.....	34
TRECTOR.....	22	TROGARZO.....	20
TRELEGY ELLIPTA.....	87	TROPHAMINE.....	83
TRELSTAR MIXJECT.....	28	<i>tropium chloride</i>	75
<i>treprostinil</i>	43	<i>tropium chloride er</i>	75
TRESIBA.....	59	TRULICITY.....	61
TRESIBA FLEXTOUCH.....	59	TRUMENBA.....	80
<i>tretinoin</i>	29, 90	TRUSELTIQ.....	34
TRETINOIN MICROSPHERE.....	90	TUKYSA.....	34
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP.....	90	TURALIO.....	34
<i>triamcinolone acetanide</i>	68, 93	TWINRIX.....	80
<i>triamcinolone acetanide dental paste</i>	95	TYBOST.....	20
<i>triamterene/hydrochlorothiazide</i>	41	<i>tydemy</i>	66
<i>triazolam</i>	54	TYPHIM VI.....	80
TRICARE PRENATAL.....	83	U	
<i>trientine hydrochloride</i>	62	UBRELVY.....	55
<i>tri-estarylla</i>	66	UKONIQ.....	34
<i>tri femynor</i>	66	UNITHROID.....	70
<i>trifluoperazine hcl</i>	53	<i>ursodiol</i>	73
<i>trifluridine</i>	84	V	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	50	<i>valacyclovir hcl</i>	22
<i>trihexyphenidyl hydrochloride</i>	50	<i>valacyclovir hydrochloride</i>	23
TRIJARDY XR.....	60, 61	VALCHLOR.....	95
TRIKAFTA.....	89	<i>valganciclovir</i>	23
<i>tri-legest fe</i>	66	<i>valganciclovir hydrochloride</i>	23
<i>tri-linyah</i>	66	<i>valproate sodium</i>	46
<i>tri-lo-estarylla</i>	66	<i>valproic acid</i>	46
<i>tri-lo-marzia</i>	66		
<i>tri-lo-mili</i>	66		

Nombre del medicamento	Página n.º	Nombre del medicamento	Página n.º
<i>valsartan</i>	37	VIRACEPT	20
<i>valsartan/hydrochlorothiazide</i>	37	VIREAD	20
VALTOCO	46	VITRAKVI	34
VANCOMYCIN	18	VIVITROL	57
<i>vancomycin hcl</i>	18	VIZIMPRO	34
VANCOMYCIN HCL	18	<i>volnea</i>	67
<i>vancomycin hydrochloride</i>	18	VONJO	34
VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE	18	<i>voriconazole</i>	19
VAQTA	80	VOSEVI	23
VARENICLINE STARTING	57	VOTRIENT	34
<i>varenicline tartrate</i>	57	VP-PNV-DHA	83
VARIVAX	80	VRAYLAR	53
VASCEPA	39	VRAYLAR CAP THERAPY PACK	53
VELCADE	34	<i>vyfemla</i>	67
<i>velivet</i>	66	<i>vylibra</i>	67
VELTASSA	62	VYVANSE	54
VEMLIDY	23	VYZULTA	86
VENCLEXTA	34	W	
VENCLEXTA STARTING PACK	34	<i>warfarin sodium</i>	76
VENLAFAXINE BESYLATE ER	49	WELIREG	29
<i>venlafaxine hcl</i>	49	<i>wera</i>	67
<i>venlafaxine hcl er</i>	49	WESTAB PLUS	83
<i>venlafaxine hydrochloride er</i>	49	<i>wymzya fe</i>	67
VENTAVIS	43	X	
VENTOLIN HFA	88	XALKORI	34
<i>verapamil hcl</i>	40	XARELTO	76
<i>verapamil hcl er</i>	40	XARELTO STARTER PACK	76
<i>verapamil hcl sr</i>	40	XATMEP	78
VERAPAMIL HCL SR	40	XCOPRI	46
<i>verapamil hydrochloride</i>	41	XCOPRI TITRATION PACK	46
<i>verapamil hydrochloride er</i>	40	XELJANZ	78
VERSACLOZ	53	XELJANZ XR	78
VERZENIO	34	XERMELO	73
<i>vestura</i>	67	XGEVA	61
VICTOZA	61	XIFAXAN	73
<i>vienva</i>	67	XIGDUO XR	61
<i>vigabatrin</i>	46	XIIDRA	86
<i>vigadrone</i>	46	XOLAIR	89
VIIBRYD	49	XOSPATA	34
VIIBRYD STARTER PACK	49	XPOVIO	34, 35
<i>vilazodone hydrochloride</i>	49	XTANDI	28
VIMPAT	46	XULTOPHY	59
<i>vinblastine sulfate</i>	29	XYREM	56
<i>vincasar pfs</i>	30		
<i>vincristine sulfate</i>	30		
<i>vinorelbine tartrate</i>	30		
<i>viorele</i>	67		

Nombre del medicamento	Página n.º
Y	
YERVOY	35
YF-VAX.....	80
<i>yuvafem</i>	68
Z	
<i>zafirlukast</i>	88
<i>zaleplon</i>	54
<i>zarah</i>	67
ZARXIO	76
ZEJULA.....	35
ZELBORAF	35
<i>zenatane</i>	90
ZENPEP.....	73
<i>zenzedi</i>	54
ZEPZELCA.....	26
ZERVIAE.....	85
<i>zidovudine</i>	20
<i>ziprasidone hcl</i>	53
<i>ziprasidone mesylate</i>	53
ZIRABEV	35
ZIRGAN	84
<i>zoledronic acid</i>	61
ZOLEDRONIC ACID	61
ZOLINZA	35
<i>zolmitriptan</i>	55
<i>zolmitriptan odt</i>	55
<i>zolpidem tartrate</i>	54
ZONISADE.....	46
<i>zonisamide</i>	46
ZORTRESS.....	79
<i>zovia 1/35</i>	67
ZTALMY	47
<i>zumandimine</i>	67
ZYCLARA PUMP.....	95
ZYDELIG	35
ZYKADIA.....	35
ZYLET.....	84
ZYPREXA RELPREVV.....	53
ZYTIGA.....	28

Lista de Cobertura Adicional de Medicamentos de Medicaid

Nombre del medicamento	
ALTERNATIVE MEDICINES	
*Alternative Medicine - Co's***	
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	
co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg	
coenzyme q10 oral capsule 50 mg	
*Alternative Medicine - Kr's***	
krill oil oral capsule 300 mg	
*Alternative Medicine - Lu's***	
lutein esters oral capsule 18.6 mg	
lutein oral capsule 20 mg, 40 mg	
lutein oral capsule 6 mg	
lutein oral tablet 10 mg	
lutein oral tablet 6 mg	
*Alternative Medicine - Me's***	
melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg	
melatonin oral tablet 5 mg	
*Alternative Medicine - St's***	
stevia oral packet 100 mg	
*Alternative Medicine Combinations - Three Ingredients***	
omega 3-6-9 oral capsule	
*Alternative Medicine Combinations - Two Ingredients***	
omega-3 gummies oral tablet chewable	
ANALGESICS - ANTI-INFLAMMATORY	
*Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents (Nsaid)s***	
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	
ibuprofen oral capsule 200 mg	
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	
ibuprofen oral tablet 200 mg	
ibuprofen oral tablet chewable 100 mg	
naproxen sodium oral capsule 220 mg	
naproxen sodium oral tablet 220 mg	

Nombre del medicamento	
ANALGESICS - NONNARCOTIC	
*Analgesics Other***	
acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg	
acetaminophen junior strength oral tablet dispersible 160 mg	
acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	
acetaminophen oral solution 160 mg/5ml	
acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml	
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg, 80 mg	
acetaminophen rectal suppository 120 mg	
acetaminophen rectal suppository 650 mg	
*Salicylate Combinations***	
bufferin oral tablet 325 mg	
*Salicylates***	
aspirin 81 oral tablet chewable 81 mg	
aspirin oral tablet 325 mg	
aspirin oral tablet delayed release 325 mg	
aspirin powder	
aspirin rectal suppository 300 mg	
ANTACIDS	
*Antacid & Simethicone***	
mintox plus oral tablet chewable 200-200-25 mg	
*Antacid Combinations***	
antacid extra strength oral tablet chewable 160-105 mg	
*Antacids - Aluminum Salts***	
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	
*Antacids - Bicarbonate***	
sodium bicarbonate oral tablet 325 mg, 650 mg	
*Antacids - Calcium Salts***	
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	
calcium carbonate antacid oral tablet 648 mg	
titralac oral tablet chewable 420 mg	
tums extra strength 750 oral tablet chewable 750 mg	
tums oral tablet chewable 500 mg	
magnesium oxide oral tablet 250 mg	
magnesium oxide oral tablet 400 mg	

Nombre del medicamento	
uro-mag oral capsule 140 mg	
glucose oral tablet chewable 4 gm	
glucose tablet chewable 5 gm oral	
bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg	
soothe maximum strength oral suspension 525 mg/15ml	
soothe oral suspension 262 mg/15ml	
soothe oral tablet 262 mg	
loperamide hcl oral capsule 2 mg	
loperamide hcl oral suspension 1 mg/7.5ml	
loperamide hcl oral tablet 2 mg	
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	
meclizine hcl oral tablet chewable 25 mg	
chlorpheniramine maleate er oral tablet extended release 12 mg	
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	
triprolidine hcl oral liquid 0.938 mg/ml	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	
allergy relief oral capsule 10 mg	
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	
loratadine oral syrup 5 mg/5ml	
loratadine oral tablet 10 mg	
CHEMICALS	
*Acids***	
acetic acid glacial solution 99 %	
acetic acid solution 3 %	
*Bulk Chemicals - Et's***	
ethyl oleate liquid	
*Bulk Chemicals - St's***	
stevia extract powder 90 %	
*Fixed Oils***	
castor oil oil	

Nombre del medicamento	
cottonseed oil oil	
olive oil oil	
sesame oil oil	
*Liquids***	
benzyl benzoate liquid	
glycerin liquid	
CONTRACEPTIVES	
*Emergency Contraceptives***	
levonorgestrel oral tablet 1.5 mg	
COUGH/COLD/ALLERGY	
*Antitussive - Nonnarcotic***	
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	
*Antitussive-Expectorant - Decongest-Analgesic***	
mucus relief max st oral liquid 5-10-200-325 mg/10ml	
*Antitussive-Expectorant***	
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	
guaifenesin-dm cr oral tablet extended release 12 hour 1200-60 mg	
mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml	
mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	
*Antitussive-Expectorants-Decongestant***	
mucus relief severe congst/cgh oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml	
robitussin peak cold multi-sym oral liquid 5-10-100 mg/5ml	
*Decongestant & Antihistamine***	
alahist d oral tablet 17.5-10 mg	
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5- 120 mg	
fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 12 hour 60- 120 mg	
fexofenadine-pseudoephed er oral tablet extended release 24 hour 180- 240 mg	
lohist-d oral liquid 2-30 mg/5ml	
loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	
loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	
cold & allergy childrens oral elixir 1-15 mg/5ml	
sinus & allergy max st oral tablet 4-60 mg	

Nombre del medicamento	
*Decongestant W/ Expectorant***	
cvs stuffy nose & cold child oral liquid 2.5-100 mg/5ml	
ed bron gp oral liquid 5-100 mg/5ml	
mucus d oral tablet extended release 12 hour 120-1200 mg	
mucus relief pe oral tablet 10-400 mg	
*Decongestant-Analgesic-Expectorant***	
head congestion/mucus oral tablet 5-325-200 mg	
mucus relief cold/sinus max st oral liquid 10-650-400 mg/20ml	
*Expectorants***	
guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml	
guaifenesin oral tablet 200 mg, 400 mg	
mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	
*Misc. Respiratory Inhalants***	
sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %	
*Non-Narc Antitussive-Decongestant-Antihistamine***	
cold & cough childrens oral liquid 2.5-1-5 mg/5ml	
DERMATOLOGICALS	
*Acne Products***	
acne medication 10 external gel 10 %	
acne medication 10 external lotion 10 %	
acne medication 2.5 external gel 2.5 %	
acne medication 5 external gel 5 %	
acne medication 5 external lotion 5 %	
benzoyl peroxide wash external liquid 5 %	
clearasil daily clear acne external cream 10 %	
panoxyl creamy wash external liquid 4 %	
panoxyl foaming wash external liquid 10 %	
spot acne treatment external cream 2.5 %	
*Antibiotic Mixtures Topical***	
polysporin external ointment 500-10000 unit/gm	
triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000	
*Antibiotics - Topical***	
bacitracin external ointment 500 unit/gm	
*Antifungals - Topical***	
butenafine hcl external cream 1 %	

Nombre del medicamento	
jock itch spray powder external aerosol powder 1 %	
lamisil at external cream 1 %	
tinactin external cream 1 %	
tolnaftate external powder 1 %	
*Antiseborrheic Combinations***	
dermazinc cream external cream	
*Antiseborrheic Products***	
anti-dandruff external shampoo 1 %	
*Astringents***	
calamine external lotion	
zinc oxide external ointment 40 %	
*Corticosteroids - Topical***	
anti-itch maximum strength external cream 1 %	
aquanil hc external lotion 1 %	
hydrocortisone acetate external cream 1 %	
hydrocortisone acetate external ointment 1 %	
hydrocortisone external cream 0.5 %	
hydrocortisone external lotion 1 %	
hydrocortisone external ointment 0.5 %, 1 %	
mg217 psoriasis anti-itch external gel 1 %	
*Emollient Combinations***	
mineral oil-hydrophil petrolat external ointment	
*Emollients***	
ammonium lactate external cream 12 %	
ammonium lactate external lotion 12 %	
glycerin external liquid	
hydrolatum external ointment	
keri nourishing shea butter external lotion	
sorbolene external cream	
*Imidazole-Related Antifungals - Topical***	
antifungal external cream 2 %	
antifungal external powder 2 %	
clotrimazole anti-fungal external cream 1 %	
clotrimazole external solution 1 %	
*Keratolytic/Antimitotic Agents***	
corn & callus remover external liquid 17 %	

Nombre del medicamento	
*Local Anesthetics - Topical***	
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	
capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %	
lidocaine hcl external cream 4 %	
lidocaine pain relief external patch 4 %	
proxivol external gel 2 %	
*Misc. Dermatological Products***	
calicylic external cream	
eletone external cream	
hylatopic plus external lotion	
*Misc. Topical Combinations***	
calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %	
*Scabicide Combinations***	
lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %	
*Scabicides & Pediculicides***	
lice treatment creme rinse external liquid 1 %	
lice treatment external lotion 1 %	
*Soaps***	
cetaphil gentle cleanser external liquid	
*Tar Products***	
cvs therapeutic dandruff external shampoo 1 %	
dhs tar external shampoo 0.5 %	
therapeutic external shampoo 0.5 %	
x-seb t pearl external shampoo 10 %	
*Topical Steroid Combinations***	
hydrocortisone external cream 0.5 %, 1 %	
DIAGNOSTIC PRODUCTS	
*Diagnostic Tests***	
ketone test strips in vitro strip	
*Multiple Urine Tests***	
ketone test strips in vitro strip	
GASTROINTESTINAL AGENTS - MISC.	
*Antiflatulents***	
simethicone oral suspension 40 mg/0.6ml	
simethicone oral tablet chewable 80 mg	

Nombre del medicamento	
GENITOURINARY AGENTS - MISCELLANEOUS	
*Urinary Analgesics***	
phenazopyridine hcl oral tablet 95 mg	
HEMATOPOIETIC AGENTS	
*Cobalamins***	
b-12 oral tablet 2000 mcg, 250 mcg, 2500 mcg	
b-12 sublingual tablet sublingual 3000 mcg, 5000 mcg	
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 500 mcg	
vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg, 50 mcg	
vitamin b-12 sublingual tablet sublingual 1000 mcg, 2500 mcg, 500 mcg	
*Folic Acid/Folates***	
folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg	
*Iron Combinations***	
iron 100 plus oral tablet 100-250-0.025-1 mg	
*Iron***	
ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg	
ferrous gluconate oral tablet 324 (38 fe) mg	
ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml	
ferrous sulfate oral liquid 220 (44 fe) mg/5ml	
ferrous sulfate oral solution 75 (15 fe) mg/ml	
ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	
ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg	
iron oral tablet 28 mg	
iron slow release oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	
iron up oral liquid 15 mg/0.5ml	
slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	
spatone pur-absorb iron oral liquid 5 mg/20ml	
HYPNOTICS/SEDATIVES/SLEEP DISORDER AGENTS	
*Antihistamine Hypnotics***	
cvs sleep-aid (doxylamine) oral tablet 25 mg	
diphenhydramine hcl (sleep) oral tablet 50 mg	

Nombre del medicamento	
LAXATIVES	
*Bulk Laxatives***	
cvs daily fiber oral packet 58.6 %	
fiber (corn dextrin) oral powder	
fiber oral powder 28.3 %	
fiber therapy oral tablet 500 mg	
hydrocil oral powder 95 %	
natural fiber laxative oral powder 30.9 %	
natural fiber oral powder 58.6 %	
soluble fiber therapy oral powder	
*Laxatives - Miscellaneous***	
glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	
sorbitol oral solution 70 %	
*Laxatives & Dss***	
easy-lax plus oral tablet 8.6-50 mg	
*Saline Laxative Mixtures***	
enema disposable rectal enema	
*Saline Laxatives***	
cvs laxative dietary supplement oral tablet 500 mg	
magnesium citrate oral solution 1.745 gm/30ml	
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	
*Stimulant Laxatives***	
bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg	
bisacodyl rectal suppository 10 mg	
castor oil oral oil 100 %	
fleet bisacodyl rectal enema 10 mg/30ml	
gentle laxative rectal suppository 10 mg	
senna oral syrup 176 mg/5ml, 8.8 mg/5ml	
senna oral tablet 8.6 mg	
senna smooth oral tablet 15 mg	
*Surfactant Laxatives***	
cvs stool softener oral capsule 50 mg	
docusate calcium oral capsule 240 mg	
docusate mini rectal enema 283 mg/5ml	
docusate sodium oral capsule 250 mg	

Nombre del medicamento	
docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml	
docusate sodium oral syrup 60 mg/15ml	
docusate sodium oral tablet 100 mg	
enemeez plus rectal enema 20-283 mg	
stool softener oral capsule 100 mg	
MEDICAL DEVICES AND SUPPLIES	
*Applicators, Cotton Balls, Etc***	
alcoh-wipe sheet	
*Condoms - Female***	
female condom	
*Condoms - Male***	
condoms	
MINERALS & ELECTROLYTES	
*Calcium Combinations***	
calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	
calcium 600 + minerals oral tablet 600-200 mg-unit	
calcium 600 +d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg	
calcium 600+d oral tablet 600-5 mg-mcg	
calcium 600+d plus minerals oral tablet 600-400 mg-unit	
calcium 600+d plus minerals oral tablet chewable 600-400 mg-unit	
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 600-10 mg- mcg	
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 600-5 mg-mcg	
calcium/c/d oral tablet chewable 500-10-250 mg-mg-unit	
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	
caltrate 600+d plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit	
caltrate 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg	
os-cal calcium + d3 oral tablet 500-5 mg-mcg	
os-cal oral tablet chewable 500-15 mcg	
*Calcium***	
calcium 600 oral tablet 600 mg	
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	
calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	
calcium carbonate powder	
calcium citrate oral tablet 250 mg	
calcium citrate oral tablet 950 (200 ca) mg	

Nombre del medicamento	
oyster shell calcium oral tablet 500 mg	
*Magnesium***	
magnesium oral tablet 400 mg	
magnesium oxide -mg supplement oral capsule 400 mg	
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg	
magnesium oxide oral capsule 500 mg	
magnesium oxide oral powder	
magnesium oxide oral tablet 200 mg	
magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	
*Phosphate***	
phosphorus w/sod & potassium oral packet 280-160-250 mg	
*Zinc***	
zinc gluconate oral tablet 50 mg	
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	
MOUTH/THROAT/DENTAL AGENTS	
*Dry Mouth Agents And Artificial Saliva***	
act dry mouth moisturizing mouth/throat gum	
aquoral mouth/throat solution	
biotene oral balance dry mouth mouth/throat gel	
neutrasal mouth/throat packet	
numoisyn mouth/throat lozenge	
MULTIVITAMINS	
*B-Complex Vitamins***	
b-complex/b-12 oral tablet	
*B-Complex W/ C & E + Zn***	
stress b-complex/vit c/zinc oral tablet	
*B-Complex W/ C & Folic Acid***	
nephro-vite oral tablet 0.8 mg	
renal oral capsule 1 mg	
*B-Complex W/ C***	
b-complex-c oral tablet	
*B-Complex W/ Minerals***	
apetigen-plus oral tablet	
*Multiple Vitamins W/ Iron***	
multi-vitamin/iron oral tablet	

Nombre del medicamento	
*Multiple Vitamins W/ Minerals***	
multi vitamin/minerals oral tablet	
multivitamin & mineral oral liquid	
ultra-mega oral tablet extended release	
*Multivitamins***	
dekas essential oral liquid	
multivitamin oral tablet	
*Ped Multi Vitamins W/Fl & Fe***	
multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml	
*Ped Multiple Vitamins W/ Minerals***	
upspring baby multivitamin/iron oral liquid	
*Ped Mv W/ Iron***	
honey bears w/iron-zinc oral tablet chewable 30-200-3	
poly-vi-sol/iron oral solution 11 mg/ml	
*Prenatal Mv & Min W/Fe-Fa***	
theranatal core nutrition oral tablet 27-1 mg	
*Vitamins W/ Lipotropics***	
ultra b-100 complex oral tablet	
NASAL AGENTS - SYSTEMIC AND TOPICAL	
*Nasal Agents - Misc.***	
saline nasal gel	
saline nasal spray nasal solution 0.65 %	
*Nasal Mast Cell Stabilizers***	
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	
*Nasal Steroids***	
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	
triamcinolone acetonide nasal aerosol 55 mcg/act	
*Systemic Decongestants***	
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	
sudogest oral tablet 60 mg	
*Topical Decongestants***	
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	

Nombre del medicamento	
NUTRIENTS	
*Misc. Nutritional Substances***	
fish oil adult gummies oral tablet chewable 113.5 mg	
fish oil concentrate oral capsule 435 mg	
fish oil oral capsule 500 mg	
fish oil oral tablet chewable 875 mg	
fish oil triple strength oral capsule 1400 mg	
omega-3 fish oil oral capsule delayed release 1200 mg	
mini fish oil oral capsule 645 mg	
odorless coated fish oil oral capsule delayed release 1000 mg	
omega-3 fish oil oral capsule 1200 mg	
omega-3 fish oil oral capsule 300 mg	
sea-omega oral capsule 1000 mg	
fish oil oral capsule 554 mg	
OPHTHALMIC AGENTS	
*Artificial Tear And Lubricant Combinations***	
genteal tears moderate pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
genteal tears pf ophthalmic solution 0.1-0.3 %	
lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %	
systane ophthalmic gel 0.4-0.3 %	
systane ophthalmic solution 0.4-0.3 %	
*Artificial Tears And Lubricants***	
moisturizing lubricant eye ophthalmic solution 0.25 %	
polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %	
refresh plus ophthalmic solution 0.5 %	
refresh tears ophthalmic solution 0.5 %	
systane complete ophthalmic solution 0.6 %	
*Ophthalmic Antiallergic***	
eye allergy itch/redness rel ophthalmic solution 0.1 %	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	
hm eye allergy itch/red relief ophthalmic solution 0.1 %	
ketotifen fumarate ophthalmic solution 0.025 %	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %	
pataday ophthalmic solution 0.7 %	

Nombre del medicamento	
*Ophthalmic Decongestant Combinations***	
eye allergy relief ophthalmic solution 0.025-0.3 %, 0.027-0.315 %	
OTIC AGENTS	
*Otic Agents - Miscellaneous***	
ear drops otic solution 6.5 %	
PHARMACEUTICAL ADJUVANTS	
*Antimicrobial Agents***	
benzyl alcohol liquid	
*Flavoring Agents***	
blackberry flavor liquid	
blood orange os liquid	
flavorx liquid	
*Gelatin Capsules (Empty)***	
capsule coni-snap #0 blu/white capsule	
empty capsule size 000 white capsule	
*Oral Vehicles***	
cherry oral syrup	
cola syrup oral syrup	
distilled water oral liquid	
good start sterile water oral liquid	
lozibase	
oral suspend oral liquid	
pcca-plus oral suspension	
raspberry syrup oral syrup	
simple syrup oral syrup	
sorbitol solution 70 %	
syrspond sf oral suspension reconstituted	
syrup vehicle oral syrup	
trochibase s flakes	
*Pharmaceutical Excipients***	
lactose monohydrate powder	
xanthan gum powder	
*Semi Solid Vehicles***	
1st base external cream	
*Thickening Agents***	
thick now oral powder	

Nombre del medicamento	
PSYCHOTHERAPEUTIC AND NEUROLOGICAL AGENTS - MISC.	
*Smoking Deterrents***	
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg	
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg	
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	
nicotine transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	
ULCER DRUGS/ANTISPASMODICS/ANTICHOLINERGICS	
*H-2 Antagonists***	
cimetidine 200 oral tablet 200 mg	
famotidine oral tablet 10 mg, 20 mg	
*Proton Pump Inhibitor-Antacid Combinations***	
omeprazole-sodium bicarbonate oral capsule 20-1100 mg	
*Proton Pump Inhibitors***	
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg	
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg	
omeprazole magnesium oral capsule delayed release 20.6 (20 base) mg	
omeprazole oral tablet delayed release 20 mg	
VAGINAL AND RELATED PRODUCTS	
*Imidazole-Related Antifungals***	
clotrimazole vaginal cream 1 %	
miconazole 3 combo pack vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	
monistat 7 combo pack app vaginal kit 100 & 2 mg-% (9gm)	
*Spermicides***	
encare vaginal suppository 100 mg	
options gynol ii contraceptive vaginal gel 3 %	
today sponge vaginal 1000 mg	
vcf vaginal contraceptive vaginal film 28 %	
vcf vaginal contraceptive vaginal foam 12.5 %	
vcf vaginal contraceptive vaginal gel 4 %	

Nombre del medicamento	
VITAMINS	
*Vitamin B-1***	
b-1 oral tablet 500 mg	
thiamine hcl oral tablet 100 mg	
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	
vitamin b-1 oral tablet 250 mg, 50 mg	
*Vitamin B-3***	
niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg	
niacin er oral tablet extended release 250 mg	
niacin er oral tablet extended release 500 mg, 750 mg	
niacin oral tablet 100 mg, 250 mg	
niacin oral tablet 50 mg, 500 mg	
niacin powder	
*Vitamin B-6***	
b-6 oral tablet 500 mg	
pyridoxine hcl oral tablet 50 mg	
vitamin b-6 er oral tablet extended release 200 mg	
vitamin b-6 oral tablet 25 mg	
vitamin b6 oral tablet 250 mg	
*Vitamin C***	
acerola c 500 oral wafer 500 mg	
ascorbic acid oral liquid 500 mg/5ml	
ascorbic acid oral tablet 500 mg	
buffered vitamin c oral capsule 1000 mg	
c-1500/rose hips sr oral tablet extended release 1500 mg	
calcium ascorbate oral tablet 500 mg	
liquid c 500 oral liquid 500 mg/15ml	
vita-c oral crystals	
vitamin c (calcium ascorbate) oral solution reconstituted	
vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	
vitamin c er oral tablet extended release 500 mg	
vitamin c gummie oral tablet chewable 120 mg	
vitamin c oral capsule 500 mg	
vitamin c oral tablet 100 mg, 250 mg	
vitamin c oral tablet 1000 mg	

Nombre del medicamento	
vitamin c oral tablet chewable 100 mg	
vitamin c oral tablet chewable 500 mg	
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg	
*Vitamin D***	
baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml	
calcidol oral solution 200 mcg/ml	
d 1000 oral tablet chewable 25 mcg (1000 ut)	
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	
d3-50 oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	
dialyvite vitamin d3 max oral tablet 1.25 mg (50000 ut)	
d-vi-sol oral liquid 10 mcg/ml	
natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	
pronutrients vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	
replesta oral wafer 1.25 mg (50000 ut)	
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet chewable 10 mcg (400 unit)	
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 50000 unit	
vitamin d2 oral tablet 10 mcg (400 unit)	
vitamin d3 immune health oral liquid 25 mcg/10ml	
vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut)	
vitamin d3 oral liquid 30 mcg/15ml	
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d3 oral tablet 75 mcg (3000 ut)	
vitamin d3 oral tablet chewable 50 mcg (2000 ut)	
vitamin d3 oral tablet dispersible 125 mcg (5000 ut)	
*Vitamin E***	
key-e oral tablet chewable 268 mg (400 unit)	
vitamin e natural oral capsule 670 mg (1000 ut)	
vitamin e oral capsule 134 mg (200 unit), 268 mg (400 unit)	
vitamin e oral capsule 90 mg (200 unit)	
vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 180 mg (400 unit), 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut)	
vitamin e oral capsule 45 mg (100 unit)	
vitamin e oral tablet chewable 400 unit	

Este formulario se actualizó el 12/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Aetna® Assure Premier Plus (HMO D-SNP) al **1-844-362-0934**. Los **usuarios de TTY deben llamar al 711**, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, los 7 días de la semana. También puede visitar [AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary).

Contrato/PBP: H6399-001



[AetnaBetterHealth.com/New-Jersey-hmosnp/drug-formulary](https://www.aetna.com/better-health/new-jersey-hmosnp/drug-formulary)