



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2025

Formulario Essential

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 11/01/2025 .

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Select Health Medicare

Lista de medicamentos recetados disponibles

Essential 2025

Lista de medicamentos cubiertos

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

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 2501531

© 2025 Select Health. Todos los derechos reservados. 3445601 11/25

Y0165_3445601_ 31 _C

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aprobación OMB 0938-1421

© 2024 Select Health. Todos los derechos reservados. 3360954

07/24

Y0165_3360954_C

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La lista de medicamentos recetados disponibles adjunta se encuentra vigente desde el 11/01/2025 . Por favor, contáctenos para obtener la información actualizada sobre los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Nuestra información de contacto se encuentra en las páginas de portada y contraportada. En caso de cambios a mediados de año que no sean de mantenimiento de la lista de medicamentos recetados disponibles durante todo el año del plan, Select Health puede hacer cambios a través de hojas de erratas que se le envían por correo. Además, puede visitar selecthealth.org/medicare para obtener un enlace a la hoja de erratas.

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos recetados disponibles?

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

Condición médica

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

Orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 123**. El Índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

Para más información sobre los tipos de medicamentos, consulte la Evidencia de Cobertura, Capítulo 5, Sección 1.3, «La “Lista de medicamentos” indica qué medicamentos de la Parte D están cubiertos».

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Por lo general, Select Health solo aprobará su solicitud para una excepción si los medicamentos alternativos incluidos en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, el medicamento de costo compartido más bajo o la aplicación de las restricciones no serían tan eficaces para usted y le provocaría efectos médicos adversos.

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

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

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

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

Si usted reside en un centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, pero pasaron los primeros 90 días de su membresía en

nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia de **31 días** de ese medicamento mientras pide una excepción a la lista de medicamentos recetados disponible.

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

Para obtener más información

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

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

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

Lista de medicamentos recetados disponibles de Select Health Medicare

La lista de medicamentos recetados disponibles que comienza en la **página 1** proporciona información de cobertura acerca de los medicamentos que cubre Select Health Medicare. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, consulte el Índice que comienza en la **página 23**.

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

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

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

- AP:** Requerimos que usted o su médico obtengan una autorización previa para ciertos medicamentos antes de que surta sus recetas.
- LC:** Limitamos la cantidad del medicamento cubierto en un período de tiempo específico.
- TH:** Requerimos que pruebe primero ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa condición médica.
- LA:** Este medicamento requiere una manipulación especial o tiene requisitos especiales de dispensación. Esta receta puede estar disponible solo en ciertas farmacias. Para obtener más información, consulte su *Directorio de proveedores y farmacias*, o llame a Servicios para Miembros al número gratuito **855-442-9900**. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- NM:** Este medicamento no está disponible a través de nuestra farmacia de pedido por correo.
- HI:** Este medicamento recetado está cubierta bajo nuestro beneficio médico. Para obtener más información, llame a Servicios para Miembros al **855-442-9900**, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., sábados y domingos de 8 a.m. a 8 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.
- BvsD:** Este medicamento puede estar cubierto en la Parte B o Parte D del beneficio de Medicare.

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AGENTES ANTIINFECTIVOS		
ANTHELMINTICS		
<i>albendazole 200 mg tab</i>	2	
<i>ivermectin 3 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
ANTIBACTERIALS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	IH
AMOXICILL-CLARITHRO- LANSOPRAZ 500 & 500 & 30 MG THER PACK	3	LC (122 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>amoxicillin (125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml)</i>	2	
<i>amoxicillin (amoxicillin 125 mg chew tab, amoxicillin 500 mg cap, amoxicillin 250 mg chew tab, amoxicillin 250 mg cap, amoxicillin 500 mg tab, amoxicillin 875 mg tab)</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml)</i>	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate (250-125 mg tab, 250-62.5 mg/5ml recon susp, 500-125 mg tab, 875-125 mg tab)</i>	2	
<i>ampicillin 500 mg cap</i>	2	
<i>ampicillin sodium (1 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	IH
<i>ampicillin-sulbactam sodium (1.5 (1-0.5) gm soln, 3 (2-1) gm soln, 15 (10-5) gm soln)</i>	2	IH
ARIKAYCE 590 MG/8.4ML SUSPENSION	5	LC (252 cada 30 dia(s))
<i>azithromycin (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>azithromycin (500 mg tab, 600 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>azithromycin 250 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>azithromycin 500 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>aztreonam (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
BAXDELA 300 MG RECON SOLN	5	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)
BAXDELA 450 MG TAB	5	LC (28 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN C-R 1200000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN C-R 900/300 900000-300000 UNIT/2ML SUSPENSION	4	NM (No-Mantenimiento)
BICILLIN L-A (600000 UNIT/ML SUSP PRSYR, 1200000 UNIT/2ML SUSP PRSYR, 2400000 UNIT/4ML SUSP PRSYR)	4	NM (No-Mantenimiento)
CAYSTON 75 MG RECON SOLN	5	AP, LC (280 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
CEFACLOR (250 MG CAP, 500 MG CAP)	2	NM (No-Mantenimiento)
CEFACLOR ER 500 MG TAB 12H	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefadroxil (cefadroxil 500 mg/5ml recon susp, cefadroxil 1 gm tab, cefadroxil 250 mg/5ml recon susp, cefadroxil 500 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefazolin sodium (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefdinir (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefdinir 300 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefepime hcl (1 gm soln, 2 gm soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefixime (100 mg/5ml, 200 mg/5ml)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefixime 400 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>cefoxitin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CEFPODOXIME PROXETIL (CEFPODOXIME PROXETIL 200 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 50 MG/5ML RECON SUSP, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG TAB, CEFPODOXIME PROXETIL 100 MG/5ML RECON SUSP)	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefprozil (125 mg/5ml recon susp, 250 mg tab, 250 mg/5ml recon susp, 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
CEFTAZIDIME (CEFTAZIDIME 6 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 1 GM RECON SOLN, CEFTAZIDIME 2 GM RECON SOLN)	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>ceftriaxone sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln, 250 mg soln, 500 mg soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cefuroxime axetil (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>cephalexin (125 mg/5ml, 250 mg/5ml)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cephalexin (250 mg cap, 250 mg tab, 500 mg cap, 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin hcl (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin in d5w (ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution, ciprofloxacin in d5w 200 mg/100ml solution)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>clarithromycin (clarithromycin 250 mg/5ml recon susp, clarithromycin 250 mg tab, clarithromycin 500 mg tab, clarithromycin 125 mg/5ml recon susp)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clarithromycin er 500 mg tab 24h</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin hcl (75 mg cap, 150 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin palmitate hcl 75 mg/5ml recon soln</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>colistimethate sodium (cba) 150 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
DALVANCE 500 MG RECON SOLN	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>daptomycin (daptomycin 350 mg recon soln, daptomycin 350 mg recon soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>daptomycin 500 mg recon soln</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>dicloxacillin sodium (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
DIFICID 200 MG TAB	5	TE, LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DIFICID 40 MG/ML RECON SUSP	5	TE, LC (136 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>doxy 100 mg recon soln</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline hyclate (50 mg cap, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline hyclate 100 mg recon soln</i>	4	IH
<i>doxycycline hyclate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>doxycycline monohydrate (25 mg/5ml recon susp, 50 mg cap, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ertapenem sodium 1 gm recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>erythrocin lactobionate (erythrocin lactobionate 500 mg recon soln, erythrocin lactobionate 500 mg recon soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin (250 mg tab dr, 333 mg tab dr, 500 mg tab dr)</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin base (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin base (erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr)</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin ethylsuccinate 400 mg/5ml recon susp</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>erythromycin lactobionate 500 mg recon soln</i>	2	
FIRVANQ 25 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
FIRVANQ 50 MG/ML RECON SOLN	3	LC (450 cada 30 dia(s))
GENTAMICIN IN SALINE (0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION)	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>gentamicin sulfate 40 mg/ml solution</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>imipenem-cilastatin (imipenem-cilastatin 500 mg recon soln, imipenem-cilastatin 250 mg recon soln)</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>levofloxacin (250 mg tab, 500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>levofloxacin in d5w (in 500 mg/100ml, in 750 mg/150ml)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 100 mg/5ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>linezolid 600 mg/300ml solution</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>meropenem (1 gm soln, 500 mg soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>minocycline hcl (50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>moxifloxacin hcl 400 mg tab</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL 400 MG/250ML SOLUTION	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>nafcillin sodium (1 gm soln, 2 gm soln, 10 gm soln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>neomycin sulfate 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
NUZYRA 100 MG RECON SOLN	4	LC (15 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)
NUZYRA 150 MG TAB	4	LC (30 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE (40000 UNIT/ML SOLUTION, 60000 UNIT/ML SOLUTION)	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>penicillin g potassium 20000000 unit recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
PENICILLIN G SODIUM 5000000 UNIT RECON SOLN	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>penicillin v potassium (penicillin v potassium 125 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg/5ml recon soln, penicillin v potassium 250 mg tab, penicillin v potassium 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>piperacillin sod-tazobactam so (2.25 (2-0.25) gm ln, 3-0.375 gm ln, 3.375 (3-0.375) gm ln, 4- 0.5 gm ln, 4.5 (4-0.5) gm ln, 40.5 (36-4.5) gm ln)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>piperacillin sod-tazobactam so 13.5 (12-1.5) gm recon ln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLN	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), IH, NM (No-Mantenimiento)
SIVEXTRO 200 MG TAB	4	LC (6 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
STREPTOMYCIN SULFATE 1 GM RECON SOLN	2	BVD, NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfadiazine 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (200-40 mg/5ml suspension, 800-160 mg/20ml suspension)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim (400-80 mg tab, 800-160 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>sulfasalazine (500 mg tab, 500 mg tab dr)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
TEFLARO (400 MG RECON SOLN, 600 MG RECON SOLN)	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>tetracycline hcl (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	2	LC (28 cada 14 dia(s)), IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>tobramycin 300 mg/5ml nebu soln</i>	5	AP, NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tobramycin sulfate (tobramycin sulfate 1.2 gm/30ml solution, tobramycin sulfate 10 mg/ml solution, tobramycin sulfate 1.2 gm recon soln, tobramycin sulfate 80 mg/2ml solution)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl (1 gm soln, 10 gm soln, 500 mg soln, 750 mg soln)</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN	3	
XIFAXAN 200 MG TAB	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
XIFAXAN 550 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

ANTIFUNGALS

AMPHOTERICIN B 50 MG RECON SOLN	4	IH
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	4	IH
<i>caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole (10 mg/ml, 40 mg/ml)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole in sodium chloride (in 200-0.9 mg/100ml-%, in 400-0.9 mg/200ml-%)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>flucytosine (250 mg cap, 500 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>griseofulvin microsize (125 mg/5ml suspension, 500 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	3	LC (126 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ketoconazole 200 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>micafungin sodium (50 mg soln, 100 mg soln)</i>	2	BVD
NOXAFIL 300 MG PACKET	5	AP, LC (31 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 100000 unit/ml suspension</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>nystatin 500000 unit tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>posaconazole 100 mg tab dr</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>posaconazole 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, NM (No-Mantenimiento)
<i>terbinafine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
VIVJOA 150 MG CAP THPK	4	AP, LC (21 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole (voriconazole 200 mg recon soln, voriconazole 200 mg recon soln)</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	3	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

ANTIMYCOBACTERIALS

<i>dapsone (25 mg tab, 100 mg tab)</i>	3	
<i>ethambutol hcl (100 mg tab, 400 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>isoniazid (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
PRETOMANID 200 MG TAB	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PRIFTIN 150 MG TAB	4	LC (32 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	3	IH, NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 100 MG TAB	5	AP, LC (188 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 20 MG TAB	5	AP, LC (940 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)

ANTIPROTOZOALS

<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>chloroquine phosphate (chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 250 mg tab, chloroquine phosphate 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
COARTEM 20-120 MG TAB	4	LC (24 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>hydroxychloroquine sulfate (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
IMPAVIDO 50 MG CAP	4	AP, LC (84 cada 28 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
KRINTAFEL 150 MG TAB	4	LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
LAMPIT (30 MG TAB, 120 MG TAB)	4	AP, NM (No-Mantenimiento)
<i>mefloquine hcl 250 mg tab</i>	2	LC (5 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole (250 mg tab, 375 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole (metronidazole 500 mg/100ml solution, metronidazole 500 mg/100ml solution)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>metronidazole 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>nitazoxanide 500 mg tab</i>	4	LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	BVD, IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>tinidazole (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
ANTIVIRALS		
<i>abacavir sulfate 20 mg/ml solution</i>	4	
<i>abacavir sulfate 300 mg tab</i>	4	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>abacavir sulfate-lamivudine 600-300 mg tab</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>acyclovir (200 mg cap, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	1	
<i>acyclovir (200 mg/5ml suspension, 800 mg/20ml suspension)</i>	2	
<i>acyclovir sodium 50 mg/ml solution</i>	2	IH
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
APTIVUS 250 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM (No-Mantenimiento)
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>darunavir 600 mg tab</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DOVATO 50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EDURANT 25 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
EDURANT PED 2.5 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz 600 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 600-200-300 mg</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir (efavirenz-lamivudine-tenofovir 400-300-300 mg tab, efavirenz-lamivudine-tenofovir 600-300-300 mg tab)</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df 200-25-300 mg</i>	5	NM (No-Mantenimiento)
<i>emtricitabine 200 mg cap</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>emtricitabine-tenofovir df (100-150 mg tab, 133-200 mg tab, 167-250 mg tab, 200-300 mg tab)</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION	4	LC (720 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>entecavir (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>etravirine (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
EVOTAZ 300-150 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>famciclovir (125 mg tab, 250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>fosamprenavir calcium 700 mg tab</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
INTELENCE 25 MG TAB	4	NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS 100 MG CHEW TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
ISENTRESS 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	3	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	3	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PAXLOVID 6 150 MG & 5 100MG TAB THPK	3	LC (11 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PIFELTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	AP, LC (800 cada 365 OVER TIME)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	AP, LC (100 cada 365 OVER TIME)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 75 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RIBAVIRIN 200 MG CAP	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RIBAVIRIN 200 MG TAB	3	LC (210 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ritonavir 100 mg tab</i>	4	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
RUKOBIA 600 MG TAB ER 12H	5	LC (60 cada 30 dia(s))
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
SOFOSBUVIR-VELPATASVIR 400-100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
STRIBILD 150-150-200-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
SUNLENCA 300 MG TAB	5	LC (5 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SUNLENCA 4 X 300 MG TAB THPK	5	LC (4 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SUNLENCA 5 X 300 MG TAB THPK	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>tenofovir disoproxil fumarate 300 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TIVICAY 50 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TIVICAY PD 5 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TRIUMEQ 600-50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TAB SOL	5	LC (180 cada 30 dia(s))
TYBOST 150 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>valacyclovir hcl (1 gm tab, 500 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>valganciclovir hcl 450 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
VEMLIDY 25 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VIRACEPT (250 MG TAB, 625 MG TAB)	5	NM (No-Mantenimiento)
VIREAD (150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
VIREAD 40 MG/GM POWDER	5	NM (No-Mantenimiento)
VOSEVI 400-100-100 MG TAB	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))
XOFLUZA (40 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 1 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
XOFLUZA (80 MG DOSE) OFLUZA 2 40 TAB THPK	4	LC (8 cada 365 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>zidovudine (50 mg/5ml syrup, 100 mg cap, 300 mg tab)</i>	4	NM (No-Mantenimiento)

URINARY ANTI-INFECTIVES

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

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS

FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

<i>cypheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
--	---	--------------------------

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	3	
<i>promethazine hcl (6.25 mg/5ml solution, 12.5 mg tab, 12.5 mg/10ml solution, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
PROMETHEGAN (PROMETHEGAN 50 MG SUPPOS, PROMETHEGAN 25 MG SUPPOS)	3	

SECOND GENERATION ANTIHISTAMINES

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

AGENTES ANTINEOPLASTICOS

<i>abiraterone acetate 250 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>abirtega 250 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ALECENSA 150 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 180 OVER TIME)
AUGTYRO 160 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 40 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	5	AP, LC (66 cada 28 OVER TIME)
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	AP
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 50 MG CAP	5	AP, LC (210 cada 30 dia(s))
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 80 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
CALQUENCE 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	AP
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) 3 X 20 & 80 KIT	5	AP
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) 20 KIT	5	AP
COPIKTRA (15 MG CAP, 25 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
COTELLIC 20 MG TAB	5	AP, AL, LC (63 cada 28 dia(s))
CYCLOPHOSPHAMIDE (CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 25 MG TAB, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG CAP, CYCLOPHOSPHAMIDE 50 MG TAB)	2	BVD
DANZITEN (71 MG TAB, 95 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>dasatinib (50 mg tab, 70 mg tab, 80 mg tab, 140 mg tab)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dasatinib 100 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DAURISMO 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
DAURISMO 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ERIVEDGE 150 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 240 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ERLEADA 60 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl (100 mg tab, 150 mg tab)</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>erlotinib hcl 25 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
EULEXIN 125 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>everolimus (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab)</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>everolimus (2 mg tab, 3 mg tab, 5 mg tab)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>everolimus (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
FOTIVDA (0.89 MG CAP, 1.34 MG CAP)	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
FRUZAQLA 1 MG CAP	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
FRUZAQLA 5 MG CAP	5	AP, LC (21 cada 28 dia(s))
GAVRETO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>gefitinib 250 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GILOTRIF (20 MG TAB, 30 MG TAB, 40 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
GLEOSTINE 10 MG CAP	4	AP, LC (26 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 100 MG CAP	5	AP, LC (3 cada 42 OVER TIME)
GLEOSTINE 40 MG CAP	5	AP, LC (7 cada 42 OVER TIME)
GOMEKLI (1 MG CAP, 1 MG TAB SOL)	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
GOMEKLI 2 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
HERNEXEOS 60 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
IBTROZI 200 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (216 cada 30 dia(s))
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
INLYTA 1 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
INLYTA 5 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INQOVI 35-100 MG TAB	5	AP, LC (5 cada 28 OVER TIME)
INREBIC 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ITOVEBI 3 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ITOVEBI 9 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IWILFIN 192 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (91 cada 28 dia(s))
KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
KRAZATI 200 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
LAZCLUZE 240 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
LAZCLUZE 80 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lenalidomide (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 15 mg cap, 20 mg cap, 25 mg cap)</i>	5	AP, AL, LC (28 cada 28 dia(s))
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 3 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) (110 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 10 & 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) (0 X 10 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) (X 10 & CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) (CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 2 X 4 CAP THPK	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LEUKERAN 2 MG TAB	5	AP
LONSURF (15-6.14 MG TAB, 20-8.19 MG TAB)	5	AP, LC (80 cada 28 dia(s))
LORBRENA 100 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
LORBRENA 25 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 120 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
LUMAKRAS 240 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUMAKRAS 320 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
LYNPARZA (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LYSODREN 500 MG TAB	3	
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) 4 TAB THPK	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
MATULANE 50 MG CAP	5	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLN	5	AP, LC (1200 cada 30 dia(s))
MEKINIST 0.5 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
MEKINIST 2 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
MEKTOVI 15 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mercaptopurine 2000 mg/100ml suspension</i>	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>mercaptopurine 50 mg tab</i>	2	
METHOTREXATE SODIUM (50 MG/2ML SOLUTION, 250 MG/10ML SOLUTION)	2	BVD
<i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	2	BVD
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	2	
MODEYSO 125 MG CAP	5	AP, LC (20 cada 28 OVER TIME)
NERLYNX 40 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>nilotinib hcl (50 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>nilutamide 150 mg tab</i>	5	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NINLARO (2.3 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
NUBEQA 300 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ODOMZO 200 MG CAP	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
OGSIVEO (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OGSIVEO 50 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
OJEMDA 100 MG TAB	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME)
OJEMDA 25 MG/ML RECON SUSP	5	AP, LC (96 cada 28 OVER TIME)
OJJAARA (100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ONUREG (200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (14 cada 28 OVER TIME)
ORSERDU 345 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORSERDU 86 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>pazopanib hcl 200 mg tab</i>	5	AP
PEMAZYRE (4.5 MG TAB, 9 MG TAB, 13.5 MG TAB)	5	AP
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) 200 & TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) 2 X 150 TAB THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
POMALYST (1 MG CAP, 2 MG CAP, 3 MG CAP, 4 MG CAP)	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
QINLOCK 50 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
RASUVO 10 MG/0.2ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 12.5 MG/0.25ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (1 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 15 MG/0.3ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (1.2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 17.5 MG/0.35ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (1.4 cada 28 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RASUVO 20 MG/0.4ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (1.6 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 22.5 MG/0.45ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (1.8 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 25 MG/0.5ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (2 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 30 MG/0.6ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
RASUVO 7.5 MG/0.15ML SOLN A-INJ	3	TE, LC (0.6 cada 28 OVER TIME)
RETEVMO (120 MG TAB, 160 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
RETEVMO 40 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
RETEVMO 80 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
REVUFORJ (110 MG TAB, 160 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
REVUFORJ 25 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
REZLIDHIA 150 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ROMVIMZA (14 MG CAP, 20 MG CAP, 30 MG CAP)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
ROZLYTREK 100 MG CAP	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 200 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ROZLYTREK 50 MG PACKET	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
RUBRACA (200 MG TAB, 250 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
RYDAPT 25 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 100 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SCSEMBLIX 40 MG TAB	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>sorafenib tosylate 200 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
STIVARGA 40 MG TAB	5	AP, LC (84 cada 21 dia(s))
<i>sunitinib malate (25 mg cap, 37.5 mg cap, 50 mg cap)</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sunitinib malate 12.5 mg cap</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TABLOID LOID 40 MG	5	AP
TABRECTA (150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAFINLAR (50 MG CAP, 75 MG CAP)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TAFINLAR 10 MG TAB SOL	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
TAGRISSE (40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA (0.1 MG CAP, 0.35 MG CAP, 0.5 MG CAP, 0.75 MG CAP, 1 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TALZENNA 0.25 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
TAZVERIK 200 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
TEPMETKO 225 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
TIBSOVO 250 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>torpenz (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tretinoin 10 mg cap</i>	5	LC (360 cada 30 dia(s))
TREXALL (5 MG TAB, 7.5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB)	3	
TRUQAP (160 MG TAB, 200 MG TAB)	5	AP, LC (64 cada 28 OVER TIME)
TUKYSA (50 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
TURALIO 125 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 17.7 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VANFLYTA 26.5 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 10 MG TAB	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 100 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA 50 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VENCLEXTA STARTING PACK 10 & 50 & 100 MG TAB THPK	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VERZENIO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VIJOICE (50 MG TAB THPK, 125 MG TAB THPK)	5	AP, LC (28 cada 28 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VIJOICE 200 & 50 MG TAB THPK	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
VIJOICE 50 MG PACKET	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 100 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
VITRAKVI 25 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIZIMPRO (15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VONJO 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VORANIGO 10 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
VORANIGO 40 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WELIREG 40 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
XALKORI (20 MG CAP SPRINK, 50 MG CAP SPRINK)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
XALKORI (200 MG CAP, 250 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XALKORI 150 MG CAP SPRINK	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XOSPATA 40 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) 50 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) (MG 10 MG TAB THPK, MG 40 MG TAB THPK)	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) TAB THPK	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (24 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) 40 TAB THPK	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 20 TAB THPK	5	AP, LC (32 cada 28 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
XTANDI (40 MG CAP, 40 MG TAB, 80 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZEJULA (100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ZELBORAF 240 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ZOLINZA 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ZYDELIG (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZYKADIA 150 MG TAB	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))

ANTITOXINAS, INMUNOGLOBULINAS, TOXOIDES Y VACUNAS

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

BIVIGAM (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION)	5	AP
GAMMAGARD (1 GM/10ML SOLUTION, 2.5 GM/25ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 30 GM/300ML SOLUTION)	5	AP
GAMMAGARD S/D LESS IGA (5 GM RECON SOLN, 10 GM RECON SOLN)	5	AP
GAMMAKED 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
GAMMAPLEX (5 GM/100ML SOLUTION, 5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 20 GM/400ML SOLUTION)	5	AP
GAMUNEX-C 1 GM/10ML SOLUTION	5	AP
OCTAGAM (1 GM/20ML SOLUTION, 2 GM/20ML SOLUTION, 2.5 GM/50ML SOLUTION, 5 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 10 GM/200ML SOLUTION, 25 GM/500ML SOLUTION)	5	AP

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OCTAGAM 30 GM/300ML SOLUTION	5	AP
PRIVIGEN (5 GM/50ML SOLUTION, 10 GM/100ML SOLUTION, 20 GM/200ML SOLUTION, 40 GM/400ML SOLUTION)	5	AP
TOXOIDS		
ADACEL (5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2-15.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
BOOSTRIX (5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSP PRSYR, 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5 SUSPENSION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
DAPTACEL 23-15-5SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
INFANRIX 25-58-10SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
KINRIX 0.5 ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
PEDIARIX SUSPPRSYR	3	
PENTACEL RECONSUSP	3	
QUADRACEL 0.5 ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
QUADRACEL SUSPENSION	3	
TENIVAC 5-2 LF/0.5ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
ACTHIB RECONSOLN	3	
AREXVY 120 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
BCG VACCINE 50 MG RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
BEXSERO SUSPPRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
ENGRIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, \$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
GARDASIL 9 (9 SUSP PRSYR, 9 SUSPENSION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
HAVRIX (720 U/0.5ML SUSP PRSYR, 720 U/0.5ML SUSPENSION, 1440 U/ML SUSP PRSYR, 1440 U/ML SUSPENSION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
HEPLISAV-B 20 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	3	BVD, \$0 (PREVENTIVE)
HIBERIX 10 MCG RECON SOLN	3	
IMOVAX RABIES 2.5 UNIT/ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
IPOL SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
IXIARO SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
M-M-R II RECONSOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENQUADFI (0.5 ML SOLUTION, SOLUTION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENVEO RECONSOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENVEO SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
MRESVIA 50 MCG/0.5ML SUSP PRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
PEDVAX HIB 7.5 MCG/0.5ML SUSPENSION	3	
PENBRAYA RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PENMENVY RECONSUSP	3	\$0 (Preventive)
PRIORIX RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
PROQUAD RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
RABAVERT RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
RECOMBIVAX HB (5 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 5 MCG/0.5ML SUSPENSION, 10 MCG/ML SUSP PRSYR, 10 MCG/ML SUSPENSION, 40 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, \$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ROTARIX SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
ROTATEQ SOLUTION	3	\$0 (PREVENTIVE)
SHINGRIX 50 MCG/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)
TICOVAC (1.2 MCG/0.25ML SUSP PRSYR, 2.4 MCG/0.5ML SUSP PRSYR)	3	\$0 (PREVENTIVE)
TRUMENBA SUSPPRSYR	3	\$0 (PREVENTIVE)
TWINRIX 720-20 ELU-MCG/ML SUSP PRSYR	3	BVD, \$0 (PREVENTIVE)
TYPHIM VI (25 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 25 MCG/0.5ML SOLUTION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
VAQTA (25 UNIT/0.5ML SUSP PRSYR, 25 UNIT/0.5ML SUSPENSION, 50 UNIT/ML SUSP PRSYR, 50 UNIT/ML SUSPENSION)	3	\$0 (PREVENTIVE)
VARIVAX 1350 PFU/0.5ML RECON SUSP	3	\$0 (Preventive)
VAXCHORA RECONSUSP	3	AP, \$0 (PREVENTIVE)
VIMKUNYA 40 MCG/0.8ML SUSP PRSYR	3	AP, \$0 (Preventive)
VIVOTIF CAPDR	3	AP, LC (4 cada 999 OVER TIME), \$0 (Preventive)
YF-VAX RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)

DROGAS AUTÓNOMAS

ANTICHOLINERGIC AGENTS

ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ATROVENT HFA 17 MCG/ACT AERO SOLN	4	
BEVESPI AEROSPHERE 9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	4	TE, LC (10.7 cada 30 dia(s))
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (10.7 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (8 cada 30 dia(s))
<i>dicyclomine hcl (10 mg cap, 20 mg tab)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>dicyclomine hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg tab</i>	2	
DIPHENOXYLATE-ATROPINE 2.5-0.025 MG/5ML LIQUID	2	
<i>glycopyrrolate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	
<i>glycopyrrolate 1 mg/5ml solution</i>	3	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACT AER POW BA	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ipratropium bromide 0.02 % solution</i>	2	BVD
<i>ipratropium-albuterol 0.5-2.5 (3) mg/3ml solution</i>	2	BVD
<i>methscopolamine bromide 2.5 mg tab</i>	2	
<i>methscopolamine bromide 5 mg tab</i>	2	
<i>scopolamine 1 mg/3days patch 72hr</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME)
SPIRIVA HANDIHALER 18 MCG CAP	3	LC (30 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
SPIRIVA RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
TRELEGY ELLIPTA 200-62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
AUTONOMIC DRUGS, MISCELLANEOUS		
NICOTROL NS 10 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>varenicline tartrate (starter) 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42 tab thpk</i>	3	LC (106 cada 365 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	3	LC (336 cada 365 OVER TIME)

PARASYMPATHOMIMETIC (CHOLINERGIC) AGENTS

<i>bethanechol chloride (5 mg tab, 10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>cevimeline hcl 30 mg cap</i>	3	
<i>donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	3	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	3	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)</i>	3	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	3	
<i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>	3	
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	2	

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

<i>baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	3	
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	
SOHONOS (1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SOHONOS 10 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOHONOS 5 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 2 mg cap</i>	2	TE, LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 2 mg tab</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg cap</i>	2	TE, LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 4 mg tab</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>tizanidine hcl 6 mg cap</i>	2	TE, LC (180 cada 30 dia(s))

SYMPATHOLYTIC (ADRENERGIC BLOCKING) AGENTS

<i>alfuzosin hcl er 10 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>dihydroergotamine mesylate 4 mg/ml solution</i>	3	AP
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))

SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS

<i>albuterol sulfate (0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/3ml soln, (2.5 mg/3ml) 0.083% soln)</i>	2	BVD
<i>albuterol sulfate (2 mg tab, 2 mg/5ml syrup, 4 mg tab, 8 mg/20ml syrup)</i>	2	
<i>albuterol sulfate (2.5 mg/0.5ml soln, (5 mg/ml) 0.5% soln)</i>	2	BVD
<i>albuterol sulfate hfa 108 (90 base) mcg/act aero soln</i>	2	LC (17 cada 30 OVER TIME)
ALBUTEROL SULFATE HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	2	LC (36 cada 30 OVER TIME)
<i>arformoterol tartrate 15 mcg/2ml nebu soln</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUVI-Q (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	3	
AUVI-Q 0.1 MG/0.1ML SOLN A-INJ	3	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>breyana (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>droxidopa (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	3	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)</i>	3	
<i>fluticasone-salmeterol (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (45-21 MCG/ACT AEROSOL, 115-21 MCG/ACT AEROSOL, 230-21 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE-SALMETEROL (55-14 MCG/ACT AER POW BA, 113-14 MCG/ACT AER POW BA, 232-14 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
<i>formoterol fumarate 20 mcg/2ml nebu soln</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	2	BVD
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	
<i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (36 cada 30 dia(s))
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))

AGENTES DE FORMACIÓN DE SANGRE, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS

ANTIHEMORRHAGIC AGENTS

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

ANTITHROMBOTIC AGENTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>heparin sodium (porcine) 1000 unit/ml solution</i>	3	ESRD
<i>heparin sodium (porcine) pf 1000 unit/ml solution</i>	3	ESRD
<i>jantoven (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i>	2	
<i>prasugrel hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
SAVAYSA (15 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB)	4	LC (30 cada 30 dia(s))
TAVALISSE (100 MG TAB, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>ticagrelor (60 mg tab, 90 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>warfarin sodium (1 mg tab, 2 mg tab, 2.5 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab, 6 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
XARELTO (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
XARELTO 1 MG/ML RECON SUSP	3	LC (600 cada 30 dia(s))
XARELTO 15 MG TAB	3	LC (42 cada 30 dia(s))
XARELTO 2.5 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XARELTO STARTER PACK 15 & 20 MG TAB THPK	3	LC (102 cada 365 OVER TIME)

HEMATOPOIETIC AGENTS

ARANESP (ALBUMIN FREE) (100 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 100 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 200 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 200 MCG/ML SOLUTION, 300 MCG/0.6ML SOLN PRSYR, 500 MCG/ML SOLN PRSYR)	5	BVD, ESRD
ARANESP (ALBUMIN FREE) (25 MCG/0.42ML SOLN PRSYR, 25 MCG/ML SOLUTION, 40 MCG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MCG/ML SOLUTION, 60 MCG/0.3ML SOLN PRSYR, 60 MCG/ML SOLUTION)	3	BVD, ESRD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ARANESP (ALBUMIN FREE) 10 MCG/0.4ML SOLN PRSYR	3	BVD, ESRD
DOPTELET 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>eltrombopag olamine (12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab)</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eltrombopag olamine 12.5 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>eltrombopag olamine 25 mg packet</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
EPOGEN (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	4	BVD, ESRD
FULPHILA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	BVD
FYLNETRA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP
GRANIX (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	BVD
LEUKINE 250 MCG RECON SOLN	5	AP
MULPLETA 3 MG TAB	5	AP, LC (7 cada 30 OVER TIME)
NEULASTA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP
NEUPOGEN (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	AP
NIVESTYM (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	BVD
NIVESTYM (300 MCG/ML SOLUTION, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	5	BVD
NYVEPRIA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP
RELEUKO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RETACRIT (10000 UNIT/ML SOLUTION, 20000 UNIT/ML SOLUTION)	3	BVD, ESRD
RETACRIT (2000 UNIT/ML SOLUTION, 3000 UNIT/ML SOLUTION, 4000 UNIT/ML SOLUTION, 40000 UNIT/ML SOLUTION)	3	BVD, ESRD
STIMUFEND 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN A-INJ	5	BVD
UDENYCA 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	BVD
ZARXIO (300 MCG/0.5ML SOLN PRSYR, 480 MCG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP
ZIEXTENZO 6 MG/0.6ML SOLN PRSYR	5	AP

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

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

ANTILIPEMIC AGENTS

<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	3	LC (720 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
<i>rosuvastatin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>simvastatin (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>simvastatin 80 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
BETA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS		
<i>acebutolol hcl 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>acebutolol hcl 400 mg cap</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>atenolol (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>atenolol-chlorthalidone (50-25 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	2	
<i>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate (bisoprolol fumarate 2.5 mg tab, bisoprolol fumarate 5 mg tab, bisoprolol fumarate 10 mg tab)</i>	2	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide (2.5-6.25 mg tab, 5-6.25 mg tab, 10-6.25 mg tab)</i>	2	
CARTEOLOL HCL 1 % SOLUTION	2	
<i>carvedilol (3.125 mg tab, 6.25 mg tab, 12.5 mg tab, 25 mg tab)</i>	1	
<i>carvedilol phosphate er (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 40 mg cap er, er 80 mg cap er)</i>	3	
<i>labetalol hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>metoprolol succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	1	
<i>metoprolol tartrate (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide (50-25 mg tab, 100-25 mg tab, 100-50 mg tab)</i>	3	
<i>nadolol (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nebivolol hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>nebivolol hcl 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pindolol (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>propranolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
PROPRANOLOL HCL (20 MG/5ML SOLUTION, 40 MG/5ML SOLUTION)	2	
<i>propranolol hcl er (er 60 mg cap er, er 80 mg cap er, er 120 mg cap er, er 160 mg cap er)</i>	2	
<i>sotalol hcl (120 mg tab, 160 mg tab, 240 mg tab)</i>	2	
<i>sotalol hcl (af) (80 mg tab, 120 mg tab, 160 mg tab)</i>	2	
<i>sotalol hcl 80 mg tab</i>	2	
<i>timolol maleate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	

CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>	3	
TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL HCL ER (ER 1-240 MG TAB ER, ER 2-180 MG TAB ER, ER 2-240 MG TAB ER, ER 4-240 MG TAB ER)	1	
<i>verapamil hcl (40 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er)</i>	2	
<i>verapamil hcl er (er 120 mg tab er, er 180 mg tab er, er 240 mg tab er)</i>	1	
CARDIAC DRUGS		
<i>amiodarone hcl (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	1	
CORLANOR 5 MG/5ML SOLUTION	4	TE, LC (450 cada 30 dia(s))
<i>digoxin (125 mcg tab, 250 mcg tab)</i>	2	
<i>digoxin (digoxin 0.05 mg/ml solution, digoxin 0.05 mg/ml solution)</i>	2	
<i>digoxin 62.5 mcg tab</i>	3	
<i>dofetilide (125 mcg cap, 250 mcg cap, 500 mcg cap)</i>	3	
<i>flecainide acetate (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
<i>ivabradine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>mexiletine hcl (150 mg cap, 200 mg cap, 250 mg cap)</i>	3	
MULTAQ 400 MG TAB	4	
NORPACE CR (100 MG CAP ER 12H, 150 MG CAP ER 12H)	4	
<i>pacerone (100 mg tab, 200 mg tab, 400 mg tab)</i>	3	
<i>propafenone hcl (150 mg tab, 225 mg tab, 300 mg tab)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>	3	
QUINIDINE SULFATE (200 MG TAB, 300 MG TAB)	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ranolazine er (er 500 mg tab er, er 1000 mg tab er)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
VYNDAMAX 61 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VYNDAQEL 20 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

HYPOTENSIVE AGENTS

<i>clonidine (0.1 mg/24hr patch wk, 0.2 mg/24hr patch wk, 0.3 mg/24hr patch wk)</i>	3	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	1	
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	2	
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
NIMODIPINE 60 MG/20ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))

RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>ramipril (1.25 mg cap, 2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	1	
<i>spironolactone (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>spironolactone-hctz 25-25 mg tab</i>	2	
<i>telmisartan (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>telmisartan-hctz (40-12.5 mg tab, 80-12.5 mg tab, 80-25 mg tab)</i>	1	
<i>trandolapril (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan (40 mg tab, 80 mg tab, 160 mg tab, 320 mg tab)</i>	1	
<i>valsartan-hydrochlorothiazide (80-12.5 mg tab, 160-12.5 mg tab, 160-25 mg tab, 320-12.5 mg tab, 320-25 mg tab)</i>	1	

VASODILATING AGENTS

<i>aspirin-dipyridamole er 25-200 mg cap 12h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>isosorbide dinitrate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate (isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab, isosorbide mononitrate 10 mg tab, isosorbide mononitrate 20 mg tab)</i>	2	
<i>isosorbide mononitrate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 120 mg tab er)</i>	2	
NITRO-BID 2 % OINTMENT	4	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nitroglycerin (0.1 mg/hr patch 24hr, 0.2 mg/hr patch 24hr, 0.3 mg sl tab, 0.4 mg sl tab, 0.4 mg/hr patch 24hr, 0.6 mg sl tab, 0.6 mg/hr patch 24hr)</i>	2	
<i>nitroglycerin 0.4 % ointment</i>	4	LC (30 cada 30 OVER TIME)
<i>nitroglycerin 0.4 mg/spray solution</i>	3	
NITROLINGUAL 0.4 MG/SPRAY SOLUTION	3	
RECTIV 0.4 % OINTMENT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 10 mg/ml recon susp</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>sildenafil citrate 20 mg tab</i>	3	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tadalafil (pah) 20 mg tab</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tadalafil 5 mg tab</i>	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TADLIQ 20 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
VERQUVO (2.5 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANALGESICS AND ANTIPYRETICS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl (2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg, 12-3 mg)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-apap-caff-cod (50-300-40-30 mg cap, 50-325-40-30 mg cap)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-apap-caffeine (50-300-40 mg cap, 50-325-40 mg cap, 50-325-40 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-asa-caff-codeine 50-325-40-30 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>butalbital-aspirin-caffeine 50-325-40 mg cap</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>celecoxib 100 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 200 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 400 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>celecoxib 50 mg cap</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac potassium 50 mg tab</i>	2	
<i>diclofenac potassium(migraine) 50 mg packet</i>	3	TE, LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>diclofenac sodium (25 mg tab dr, 50 mg tab dr, 75 mg tab dr)</i>	2	
<i>diclofenac sodium er 100 mg tab 24h</i>	2	
<i>diflunisal 500 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>etodolac (200 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>etodolac er (er 400 mg tab er, er 500 mg tab er)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>etodolac er 600 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fenoprofen calcium (fenoprofen calcium 400 mg cap, fenoprofen calcium 400 mg cap)</i>	2	
<i>fentanyl (12 mcg/hr patch, 25 mcg/hr patch, 50 mcg/hr patch, 75 mcg/hr patch, 100 mcg/hr patch)</i>	3	AP, LC (10 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>flurbiprofen 100 mg tab</i>	2	
<i>hydrocodone-acetaminophen (5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN 2.5-325 MG TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>hydromorphone hcl (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ibu (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<i>ibuprofen (400 mg tab, 600 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<i>indomethacin 25 mg cap</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>indomethacin 50 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 100 MG CAP	2	LC (120 cada 30 dia(s))
MECLOFENAMATE SODIUM 50 MG CAP	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>meloxicam (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	2	
<i>methadone hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate (morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab, morphine sulfate 30 mg tab, morphine sulfate 15 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 100 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>morphine sulfate er 15 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>nabumetone (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	
<i>naproxen (125 mg/5ml suspension, 250 mg tab, 375 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>naproxen sodium (275 mg tab, 550 mg tab)</i>	2	
<i>oxycodone hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>oxycodone-acetaminophen (2.5-325 mg tab, 5-325 mg tab, 7.5-325 mg tab, 10-325 mg tab)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>piroxicam (10 mg cap, 20 mg cap)</i>	2	
<i>sulindac (150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tramadol hcl 100 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl 50 mg tab</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 100 mg tab 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 200 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tramadol hcl er 300 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))

ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS

<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>amphetamine-dextroamphetamine (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 12.5 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lisdexamfetamine dimesylate (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap, 50 mg cap, 60 mg cap, 70 mg cap)</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl (5 mg chew tab, 10 mg chew tab)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	3	LC (1800 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er 20 mg cap er, er 50 mg cap er, er 60 mg cap er)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er 30 mg cap er, er 40 mg cap er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (la) (er 10 mg cap er, er 20 mg cap er, er 30 mg cap er, er 40 mg cap er, er 60 mg cap er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (methylphenidate hcl er 18 mg tab er, methylphenidate hcl er 27 mg tab er, methylphenidate hcl er 36 mg tab er, methylphenidate hcl er 54 mg tab er, methylphenidate hcl er 18 mg tab er 24h)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er, er 72 mg tab er)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZEPBOUND (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)

ANTICONVULSANTS

BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	TE, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine 100 mg chew tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
CARBAMAZEPINE 200 MG CHEW TAB	3	LC (240 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbamazepine 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er)</i>	3	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er (er 200 mg cap er, er 200 mg tab er)</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 300 mg cap 12h</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 400 mg tab 12h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)	4	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
DILANTIN 30 MG CAP	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr</i>	2	LC (1080 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 250 mg tab dr</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 500 mg tab dr</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 250 mg tab 24h</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 500 mg tab 24h</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	LC (480 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>ethosuximide 250 mg cap</i>	2	
<i>ethosuximide 250 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 400 mg tab</i>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	2	LC (960 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	LC (330 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	4	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	4	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine (5 mg chew tab, 25 mg chew tab)</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab disp</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 150 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lamotrigine 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 200 mg tab disp</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	4	LC (28 cada 180 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 25 mg tab disp</i>	3	LC (210 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	4	LC (56 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine 50 mg tab disp</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 25 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 50 mg tab 24h</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	4	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	4	LC (196 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	4	LC (98 cada 365 OVER TIME)
<i>levetiracetam (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	3	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 250 mg tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 500 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>magnesium sulfate (magnesium sulfate 50 % solution, magnesium sulfate 50 % solution)</i>	2	IH
<i>methsuximide 300 mg cap</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	3	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 600 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>oxcarbazepine er 150 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 300 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 600 mg tab 24h</i>	4	TE, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>perampanel 2 mg tab</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>phenytek 200 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>phenytek 300 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	2	LC (750 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>pregabalin (20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	
PRIMIDONE 125 MG TAB	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>primidone 250 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>primidone 50 mg tab</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 16 mg tab</i>	4	LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	4	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	4	LC (420 cada 30 dia(s))
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	4	
<i>topiramate 50 mg cap sprink</i>	4	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid (250 mg/5ml, 500 mg/10ml)</i>	2	LC (3000 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg cap</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	5	AP, LC (9000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (750 cada 30 OVER TIME)
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	5	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	5	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (COPRI 14 12.5 MG 14 25 MG TAB THPK, COPRI 14 150 MG 14 200 MG TAB THPK, COPRI 14 50 MG 14 100 MG TAB THPK)	5	LC (28 cada 28 dia(s))
ZONISADE 100 MG/5ML SUSPENSION	5	AP
<i>zonisamide 100 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>zonisamide 25 mg cap</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>zonisamide 50 mg cap</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1080 cada 30 dia(s))
ANTIMIGRAINE AGENTS		
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN A-INJ	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
AJOVY 225 MG/1.5ML SOLN PRSYR	3	LC (4.5 cada 84 OVER TIME)
<i>eletriptan hydrobromide 20 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>eletriptan hydrobromide 40 mg tab</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
EMGALITY (120 MG/ML SOLN A-INJ, 120 MG/ML SOLN PRSYR)	4	AP, LC (4 cada 84 OVER TIME)
EMGALITY (300 MG DOSE) 100 /ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
<i>frovatriptan succinate 2.5 mg tab</i>	4	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
QULIPTA (10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
REYVOW (50 MG TAB, 100 MG TAB)	4	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	3	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan succinate (4 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml soln a-inj, 6 mg/0.5ml solution)</i>	3	LC (4 cada 30 OVER TIME)
UBRELVY (50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	AP, LC (16 cada 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (2.5 mg tab, 2.5 mg tab disp, 5 mg tab, 5 mg tab disp)</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (zolmitriptan 5 mg solution, zolmitriptan 2.5 mg solution)</i>	4	TE, LC (8 cada 30 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTIPARKINSONIAN AGENTS		
<i>apomorphine hcl 30 mg/3ml soln cart</i>	5	AP
<i>benztropine mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>benztropine mesylate 2 mg tab</i>	2	
<i>bromocriptine mesylate (2.5 mg tab, 5 mg cap)</i>	3	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	3	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	3	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er)</i>	3	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)</i>	3	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	3	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
RYTARY 23.75-95 MG CAP ER	3	TE, LC (750 cada 30 dia(s))
RYTARY 36.25-145 MG CAP ER	3	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
RYTARY 48.75-195 MG CAP ER	3	TE, LC (360 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RYTARY 61.25-245 MG CAP ER	3	TE, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	3	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>trihexyphenidyl hcl (2 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
TRIHEXYPHENIDYL HCL 0.4 MG/ML SOLUTION	2	
ZELAPAR 1.25 MG TAB DISP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS

<i>alprazolam (0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp)</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>diazepam (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>diazepam (diazepam 2.5 mg gel, diazepam 10 mg gel, diazepam 20 mg gel)</i>	2	
<i>diazepam 5 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>diazepam 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>diazepam intensol 5 mg/ml conc</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>eszopiclone (1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>hydroxyzine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>hydroxyzine pamoate (hydroxyzine pamoate 50 mg cap, hydroxyzine pamoate 100 mg cap, hydroxyzine pamoate 25 mg cap)</i>	2	
<i>lorazepam (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>lorazepam intensol 2 mg/ml conc</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
NAYZILAM 5 MG/0.1ML SOLUTION	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>ramelteon 8 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tasimelteon 20 mg cap</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 15 mg cap</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>temazepam 30 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>triazolam (0.125 mg tab, 0.25 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
VALTOCO 10 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 15 MG DOSE 2 X 7.5 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 20 MG DOSE 0 X 10 /0.1ML LIQD THPK	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
VALTOCO 5 MG DOSE /0.1ML LIQUID	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>zaleplon (5 mg cap, 10 mg cap)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zolpidem tartrate er (er 6.25 mg tab er, er 12.5 mg tab er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

CENTRAL NERVOUS SYSTEM AGENTS, MISCELLANEOUS

<i>atomoxetine hcl (10 mg cap, 18 mg cap, 25 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)</i>	3	
<i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	2	LC (49 cada 28 dia(s))
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 100 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 150 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
RADICAVA ORS STARTER KIT 105 MG/5ML SUSPENSION	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
<i>riluzole 50 mg tab</i>	3	
SUNOSI (75 MG TAB, 150 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

OPIATE ANTAGONISTS

<i>naloxone hcl (naloxone hcl 2 mg/2ml soln prsyr, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsyr</i>	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>naltrexone hcl 50 mg tab</i>	2	

PSYCHOTHERAPEUTIC AGENTS

ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 56 OVER TIME), BVD
ABILIFY MAINTENA (300 MG PRSYR, 300 MG SRER, 400 MG PRSYR, 400 MG SRER)	5	LC (2 cada 28 OVER TIME), BVD
<i>amitriptyline hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
<i>amoxapine (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
APLENZIN (174 MG TAB ER 24H, 348 MG TAB ER 24H, 522 MG TAB ER 24H)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole (10 mg tab disp, 15 mg tab disp)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>aripiprazole (2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
ARISTADA 1064 MG/3.9ML PRSYR	5	LC (3.9 cada 56 OVER TIME), BVD
ARISTADA 441 MG/1.6ML PRSYR	5	LC (1.6 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 662 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA 882 MG/3.2ML PRSYR	5	LC (3.2 cada 28 OVER TIME), BVD
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4ML PRSYR	5	LC (2.4 cada 28 OVER TIME), BVD
<i>asenapine maleate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
AUVELITY 45-105 MG TAB ER	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>bupropion hcl (75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>bupropion hcl er (smoking det) 150 mg tab 12h</i>	2	
<i>bupropion hcl er (sr) (er 100 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er)</i>	2	
<i>bupropion hcl er (xl) (er 150 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	2	
CAPLYTA (10.5 MG CAP, 21 MG CAP, 42 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>chlorpromazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	
CHLORPROMAZINE HCL (30 MG/ML CONC, 100 MG/ML CONC)	3	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>citalopram hydrobromide (10 mg/5ml, 20 mg/10ml)</i>	2	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 MG CAP	3	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	3	TE
<i>clozapine (100 mg tab, 150 mg tab disp, 200 mg tab disp)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab disp)</i>	3	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	3	LC (135 cada 30 dia(s))
COBENFY (50-20 MG CAP, 100-20 MG CAP, 125-30 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAP THPK	5	AP, LC (56 cada 180 OVER TIME)
<i>compro 25 mg suppos</i>	2	
<i>desipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab)</i>	2	
DESVENLAFAXINE ER (ER 50 MG TAB ER 24H, ER 100 MG TAB ER 24H)	2	
<i>desvenlafaxine succinate er (er 25 mg tab er, er 50 mg tab er, er 100 mg tab er)</i>	2	
<i>doxepin hcl (10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap)</i>	2	
<i>doxepin hcl 10 mg/ml conc</i>	2	
DRIZALMA SPRINKLE (20 MG CAP DR, 30 MG CAP DR, 40 MG CAP DR, 60 MG CAP DR)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>duloxetine hcl (20 mg dr, 30 mg dr, 60 mg dr)</i>	2	
<i>duloxetine hcl 40 mg cp dr part</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
EMSAM (6 MG/24HR PATCH 24HR, 9 MG/24HR PATCH 24HR, 12 MG/24HR PATCH 24HR)	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ERZOFRI 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR	5	LC (0.75 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 156 MG/ML SUSP PRSYR	5	LC (1 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR	5	LC (1.5 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 351 MG/2.25ML SUSP PRSYR	5	LC (2.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	5	LC (0.25 cada 28 OVER TIME), BVD
ERZOFRI 78 MG/0.5ML SUSP PRSYR	5	LC (0.5 cada 28 OVER TIME), BVD
<i>escitalopram oxalate (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	1	
<i>escitalopram oxalate (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>	2	
FANAPT (1 MG TAB, 2 MG TAB, 4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
FANAPT TITRATION PACK A FNPT TITRTION PCK 1 & 2 & 4 & 6 MG TB	4	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
FETZIMA (20 MG CAP ER 24H, 40 MG CAP ER 24H, 80 MG CAP ER 24H, 120 MG CAP ER 24H)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FETZIMA TITRATION 20 & 40 MG CP24 THPK	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>fluoxetine hcl (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>fluoxetine hcl (fluoxetine hcl 10 mg tab, fluoxetine hcl 20 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab, fluoxetine hcl 60 mg tab)</i>	3	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	3	
<i>fluoxetine hcl 20 mg/5ml solution</i>	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	3	BVD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>fluphenazine hcl (fluphenazine hcl 1 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg tab, fluphenazine hcl 5 mg tab, fluphenazine hcl 10 mg tab, fluphenazine hcl 2.5 mg/5ml elixir)</i>	3	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	3	BVD
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	3	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>haloperidol decanoate (50 mg/ml, 100 mg/ml)</i>	2	BVD
<i>haloperidol lactate 2 mg/ml conc</i>	2	
<i>haloperidol lactate 5 mg/ml solution</i>	2	BVD
<i>imipramine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
<i>imipramine pamoate (75 mg cap, 100 mg cap, 125 mg cap, 150 mg cap)</i>	2	
INVEGA HAFYERA 1092 MG/3.5ML SUSP PRSYR	5	LC (3.5 cada 180 OVER TIME), BVD
INVEGA HAFYERA 1560 MG/5ML SUSP PRSYR	5	LC (5 cada 180 OVER TIME), BVD
INVEGA SUSTENNA (78 MG/0.5ML SUSP PRSYR, 117 MG/0.75ML SUSP PRSYR, 156 MG/ML SUSP PRSYR, 234 MG/1.5ML SUSP PRSYR)	5	BVD
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25ML SUSP PRSYR	4	BVD
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88ML SUSP PRSYR	5	LC (0.88 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32ML SUSP PRSYR	5	LC (1.32 cada 90 OVER TIME), BVD
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75ML SUSP PRSYR	5	LC (1.75 cada 90 OVER TIME), BVD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63ML SUSP PRSYR	5	LC (2.63 cada 90 OVER TIME), BVD
<i>lithium 8 meq/5ml solution</i>	2	
<i>lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)</i>	2	
<i>lithium carbonate er (er 300 mg tab er, er 450 mg tab er)</i>	2	
<i>loxapine succinate (5 mg cap, 10 mg cap, 25 mg cap, 50 mg cap)</i>	2	
<i>lurasidone hcl (20 mg tab, 40 mg tab, 60 mg tab, 80 mg tab, 120 mg tab)</i>	2	
LYBALVI (5-10 MG TAB, 10-10 MG TAB, 15-10 MG TAB, 20-10 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
MARPLAN 10 MG TAB	4	
<i>mirtazapine (15 mg tab disp, 30 mg tab disp, 45 mg tab disp)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>mirtazapine (7.5 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	2	
MOLINDONE HCL (5 MG TAB, 10 MG TAB, 25 MG TAB)	2	LC (270 cada 30 dia(s))
NEFAZODONE HCL (50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB, 250 MG TAB)	3	
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	2	
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine (2.5 mg tab, 5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>olanzapine (5 mg tab disp, 10 mg tab disp, 15 mg tab disp, 20 mg tab disp)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>olanzapine 10 mg recon soln</i>	2	BVD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>olanzapine-fluoxetine hcl (3-25 mg cap, 6-25 mg cap, 6-50 mg cap, 12-25 mg cap, 12-50 mg cap)</i>	4	
OPIPZA (2 MG FILM, 5 MG FILM, 10 MG FILM)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er (er 1.5 mg tab er, er 3 mg tab er, er 9 mg tab er)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
PAROXETINE HCL 10 MG/5ML SUSPENSION	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er (er 12.5 mg tab er, er 37.5 mg tab er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paroxetine hcl er 25 mg tab 24h</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>perphenazine (2 mg tab, 4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab)</i>	2	
PERSERIS (90 MG PRSYR, 120 MG PRSYR)	5	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>phenelzine sulfate (phenelzine sulfate 15 mg tab, phenelzine sulfate 15 mg tab)</i>	2	
PIMOZIDE (1 MG TAB, 2 MG TAB)	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>prochlorperazine 25 mg suppos</i>	3	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	4	TE
<i>quetiapine fumarate (quetiapine fumarate 25 mg tab, quetiapine fumarate 50 mg tab, quetiapine fumarate 150 mg tab, quetiapine fumarate 100 mg tab, quetiapine fumarate 200 mg tab, quetiapine fumarate 300 mg tab, quetiapine fumarate 400 mg tab)</i>	2	
<i>quetiapine fumarate er (er 50 mg tab er, er 150 mg tab er, er 200 mg tab er, er 300 mg tab er, er 400 mg tab er)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RALDESY 10 MG/ML SOLUTION	4	TE
REXULTI (0.25 MG TAB, 0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 2 MG TAB, 3 MG TAB, 4 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risperidone (0.5 mg tab disp, 1 mg tab disp, 2 mg tab disp, 3 mg tab disp, 4 mg tab disp)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>risperidone (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	2	
<i>risperidone 0.25 mg tab</i>	2	
RISPERIDONE 0.25 MG TAB DISP	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>risperidone microspheres er (er 12.5 mg, er 25 mg)</i>	4	BVD
<i>risperidone microspheres er (er 37.5 mg, er 50 mg)</i>	5	BVD
SECUADO (3.8 MG/24HR PATCH 24HR, 5.7 MG/24HR PATCH 24HR, 7.6 MG/24HR PATCH 24HR)	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sertraline hcl (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>sertraline hcl 20 mg/ml conc</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>thioridazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>thiothixene (1 mg cap, 2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	2	
<i>tranylcypromine sulfate 10 mg tab</i>	3	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	4	TE
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	LC (0.28 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 125 MG/0.35ML SUSP PRSYR	5	LC (0.35 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 150 MG/0.42ML SUSP PRSYR	5	LC (0.42 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	LC (0.56 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 250 MG/0.7ML SUSP PRSYR	5	LC (0.7 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 50 MG/0.14ML SUSP PRSYR	5	LC (0.14 cada 28 OVER TIME), BVD
UZEDY 75 MG/0.21ML SUSP PRSYR	5	LC (0.21 cada 28 OVER TIME), BVD
VENLAFAXINE BESYLATE ER 112.5 MG TAB 24H	4	TE
<i>venlafaxine hcl (25 mg tab, 37.5 mg tab, 50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>venlafaxine hcl er (er 37.5 mg cap er, er 75 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	2	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>vilazodone hcl (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	3	
VRAYLAR (1.5 MG CAP, 3 MG CAP, 4.5 MG CAP, 6 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>ziprasidone hcl (20 mg cap, 40 mg cap, 60 mg cap, 80 mg cap)</i>	2	
<i>ziprasidone mesylate 20 mg recon soln</i>	2	BVD
ZURZUVAE (20 MG CAP, 25 MG CAP, 30 MG CAP)	5	AP, LC (28 cada 14 dia(s))
VESICULAR MONOAMINE TRANSPORTER 2 (VMAT2) INHIBITORS		
AUSTEDO (6 MG TAB, 9 MG TAB, 12 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUSTEDO XR (18 MG TAB ER 24H, 30 MG TAB ER 24H, 36 MG TAB ER 24H, 42 MG TAB ER 24H, 48 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR (6 MG TAB ER 24H, 12 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR 24 MG TAB ER 24H	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION 12 & 18 & 24 & 30 MG TBER THPK	5	AP, LC (28 cada 180 OVER TIME)
<i>tetrabenazine 12.5 mg tab</i>	2	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>tetrabenazine 25 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA

AMMONIA DETOXICANTS

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

CALORIC AGENTS

CLINIMIX E/DEXTROSE (2.75/5) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	
CLINIMIX E/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) (/20) % SOLUTION	3	IH
CLINIMIX/DEXTROSE (6/5) (/5) % SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/10) % SOLUTION	3	
CLINIMIX/DEXTROSE (8/14) (/14) % SOLUTION	3	
<i>clinisol sf 15 % solution</i>	2	IH
<i>dextrose (dextrose 10 % solution, dextrose 10 % solution)</i>	2	IH
<i>dextrose (dextrose 5 % solution, dextrose 5 % solution)</i>	2	IH
ISOLYTE-P IN D5W INSOLUTION	3	IH
NUTRILIPID 20 % EMULSION	3	IH
<i>plenamine 15 % solution</i>	2	IH
PREMASOL 10 % SOLUTION	3	IH
PROSOL 20 % SOLUTION	3	IH
TRAVASOL 10 % SOLUTION	3	IH

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TROPHAMINE 10 % SOLUTION	3	IH
DIURETICS		
<i>amiloride hcl 5 mg tab</i>	2	
AMILORIDE- HYDROCHLOROTHIAZIDE 5-50 MG TAB	2	
<i>bumetanide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>chlorthalidone (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	
DIURIL 250 MG/5ML SUSPENSION	3	
<i>ethacrynic acid 25 mg tab</i>	4	AP, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>furosemide (20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
FUROSEMIDE (FUROSEMIDE 10 MG/ML SOLUTION, FUROSEMIDE 8 MG/ML SOLUTION)	2	
<i>hydrochlorothiazide (12.5 mg cap, 12.5 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
<i>indapamide (1.25 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	1	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s))
TOLVAPTAN 15 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	1	
ION-REMOVING AGENTS		
<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	3	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LOKELMA 5 GM PACKET	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	3	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
VELTASSA 1 GM PACKET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
REPLACEMENT PREPARATIONS		
DEXTROSE-NACL 5-0.9 % SOLUTION	2	
<i>dextrose-sodium chloride (dextrose-sodium chloride 5-0.225 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 10-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 2.5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.2 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.45 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution, dextrose-sodium chloride 5-0.9 % solution)</i>	2	IH
ISOLYTE-S PH 7.4 SOLUTION	3	IH

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>kcl in dextrose-nacl (kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	2	IH
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	2	IH
KLOR-CON (KLOR-CON 20 MEQ PACKET, KLOR-CON 8 MEQ TAB ER)	3	
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	3	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	3	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	4	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	3	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION	3	IH
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 solution</i>	3	IH
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	3	IH
PLASMA-LYTE A SOLUTION	3	IH
<i>potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>potassium chloride (potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 20 meq/100ml solution, potassium chloride 40 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution, potassium chloride 10 meq/100ml solution)</i>	3	IH
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>	3	IH
<i>potassium chloride 20 meq packet</i>	3	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	1	
<i>potassium chloride er (potassium chloride er 8 meq cap er, potassium chloride er 8 meq tab er, potassium chloride er 10 meq cap er, potassium chloride er 15 meq tab er, potassium chloride er 10 meq tab er, potassium chloride er 20 meq tab er)</i>	1	
<i>potassium chloride in dextrose 20-5 meq/l-% solution</i>	2	IH
<i>potassium chloride in nacl (potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 20-0.45 meq/l-% solution, potassium chloride in nacl 40-0.9 meq/l-% solution)</i>	3	IH
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	3	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	2	IH
<i>sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)</i>	2	IH
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	2	IH
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	2	BVD, IH
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	BVD
TPN ELECTROLYTES CONC	2	IH

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
URICOSURIC AGENTS		
<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	3	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	3	
ENZIMAS		
PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
REVCovi 2.4 MG/1.5ML SOLUTION	5	AP
SUCRAID 8500 UNIT/ML SOLUTION	5	AP, AL, LC (354 cada 30 dia(s))
PREPARACIONES PARA OJOS, OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA (EENT)		
ANTI-INFECTIVES		
<i>ak-poly-bac 500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
AZASITE 1 % SOLUTION	4	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc 1 % ointment</i>	2	
BACITRACIN 500 UNIT/GM OINTMENT	2	
<i>bacitracin-polymyxin b 500-10000 unit/gm ointment</i>	2	
BESIVANCE 0.6 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>chlorhexidine gluconate 0.12 % solution</i>	2	
CILOXAN 0.3 % OINTMENT	4	LC (17.5 cada 30 OVER TIME)
CIPRO HC 0.2-1 % SUSPENSION	3	
<i>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>	3	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	3	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	2	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>gentamicin sulfate 0.3 % solution</i>	2	
LEVOFLOXACIN 0.5 % SOLUTION	2	
<i>moxifloxacin hcl 0.5 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx (3.5-400-10000, 5-400-10000)</i>	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth (0.1 % suspension, 3.5-10000-0.1 ointment, 3.5-10000-0.1 suspension)</i>	2	
NEOMYCIN-POLYMYXIN-GRAMICIDIN 1.75-10000-.025SOLUTION	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc (neomycin-polymyxin-hc 1 % solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 solution, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension, neomycin-polymyxin-hc 3.5-10000-1 suspension)</i>	3	
<i>ofloxacin 0.3 % solution</i>	2	
<i>periogard 0.12 % solution</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (sulfacetamide sodium 10 % ointment, sulfacetamide sodium 10 % solution, sulfacetamide sodium 10 % solution)</i>	2	
SULFACETAMIDE-PREDNISOLONE 10-0.23 % SOLUTION	2	
TOBRADEX 0.3-0.1 % OINTMENT	4	
<i>tobramycin 0.3 % solution</i>	2	
<i>tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	3	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	3	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	5	AP
ZIRGAN 0.15 % GEL	4	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	3	
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	3	
<i>cyclosporine 0.05 % emulsion</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	3	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
FLAREX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	3	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	3	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	3	
<i>fluticasone propionate 50 mcg/act suspension</i>	2	LC (16 cada 30 OVER TIME)
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 250 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (240 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (12 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 220 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (24 cada 30 dia(s))
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 44 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (10.6 cada 30 dia(s))
FML FORTE 0.25 % SUSPENSION	4	
<i>hydrocortisone-acetic acid 1-2 % solution</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 %, 0.5 %)</i>	2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate (0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate 0.2 % suspension</i>	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	3	LC (34 cada 30 OVER TIME)
NEVANAC 0.1 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
OMNARIS 50 MCG/ACT SUSPENSION	4	TE, LC (12.5 cada 30 OVER TIME)
<i>prednisolone acetate 1 % suspension</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE 1 % SOLUTION	2	
QNASL 80 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME)
QNASL CHILDRENS 40 MCG/ACT AERO SOLN	4	TE, LC (10.6 cada 30 OVER TIME)
<i>triamcinolone acetonide 0.1 % paste</i>	2	
TYRVAYA 0.03 MG/ACT SOLUTION	3	LC (8.4 cada 30 OVER TIME)
XHANCE 93 MCG/ACT EXHU	4	AP
XIIDRA 5 % SOLUTION	3	LC (60 cada 30 dia(s))
ANTIALLERGIC AGENTS		
<i>azelastine hcl (0.1 %, 137 mcg/spray)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>azelastine hcl 0.05 % solution</i>	3	
<i>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	3	TE, LC (30.5 cada 30 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTI GLAUCOMA AGENTS		
ALPHAGAN P ALHAGAN 0.1 % SOLUTION	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
BETAXOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
BETOPTIC-S 0.25 % SUSPENSION	4	
<i>bimatoprost 0.03 % solution</i>	3	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
COMBIGAN 0.2-0.5 % SOLUTION	3	LC (10 cada 30 OVER TIME)
<i>dorzolamide hcl 2 % solution</i>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal (2, 22.3-6.8 mg/ml)</i>	3	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	3	
<i>latanoprost 0.005 % solution</i>	2	
LEVOBUNOLOL HCL 0.5 % SOLUTION	2	
LUMIGAN 0.01 % SOLUTION	3	LC (5 cada 30 OVER TIME)
<i>methazolamide (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	3	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	3	
RHOPRESSA 0.02 % SOLUTION	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
ROCKLATAN 0.02-0.005 % SOLUTION	4	TE, LC (5 cada 30 OVER TIME)
SIMBRINZA 1-0.2 % SUSPENSION	3	LC (16 cada 30 OVER TIME)
<i>timolol maleate (0.25 % gel soln, 0.5 % gel soln)</i>	3	
<i>timolol maleate (0.25 %, 0.5 %)</i>	2	
<i>timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution</i>	3	
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	2	
<i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</i>	2	
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	TE

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	2	
APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION	2	
CYSTADROPS 0.37 % SOLUTION	5	AP, LC (20 cada 30 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
IOPIDINE 1 % SOLUTION	4	
<i>ipratropium bromide (0.03 %, 0.06 %)</i>	2	

MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	3	
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
DIPENTUM 250 MG CAP	4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	3	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA 4 GM KIT	4	

ANTIDIARRHEA AGENTS

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

ANTIEMETICS

<i>aprepitant 125 mg cap</i>	3	LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	3	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	3	LC (6 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)</i>	3	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>granisetron hcl 1 mg tab</i>	3	BVD
<i>ondansetron (4 mg tab disp, 8 mg tab disp)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>ondansetron hcl (4 mg tab, 8 mg tab)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>ondansetron hcl 4 mg/5ml solution</i>	2	BVD
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD

ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS

<i>bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap</i>	4	NM (No-Mantenimiento)
<i>cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<i>esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i>	2	
<i>famotidine 20 mg tab</i>	2	
<i>famotidine 40 mg tab</i>	2	
<i>famotidine 40 mg/5ml recon susp</i>	3	
<i>lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)</i>	2	
<i>misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	2	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)	2	
<i>omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)</i>	2	
<i>pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)</i>	2	
<i>pantoprazole sodium 40 mg packet</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>rabeprazole sodium 20 mg tab dr</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>sucrafate 1 gm tab</i>	2	
<i>sucrafate 1 gm/10ml suspension</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CATHARTICS AND LAXATIVES		
CLENPIQ 10-3.5-12 MG-GM - GM/175ML SOLUTION	3	
GAVILYTE-C 240 GM RECON SOLN	2	
<i>gavilyte-g 236 gm recon soln</i>	2	
<i>gavilyte-n with flavor pack 420 gm recon soln</i>	2	
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf 17.5-3.13-1.6 gm/177ml solution</i>	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl 420 gm recon soln</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes 236 gm recon soln</i>	2	
<i>peg-3350/electrolytes/ascorbat 100 gm recon soln</i>	3	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	3	
PLENVU 140 GM RECON SOLN	4	TE
SUFLAVE 178.7 GM RECON SOLN	3	
SUPREP BOWEL PREP KIT SU17.5-3.13-1.6 GM/177ML SOLUTION	3	
SUTAB SU1479-225-188 MG	3	
CHOLELITHOLYTIC AGENTS		
CHENODAL 250 MG TAB	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>ursodiol (250 mg tab, 300 mg cap, 500 mg tab)</i>	3	
DIGESTANTS		
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	3	
PANCREAZE (2600-8800 CP DR PART, 4200-14200 CP DR PART, 10500-35500 CP DR PART, 16800-56800 CP DR PART, 21000-54700 CP DR PART, 37000-97300 CP DR PART)	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PERTZYE (16000 CP DR PART, 16000-57500 CP DR PART, 24000-86250 CP DR PART)	5	
PERTZYE (4000 CP DR PART, 4000-14375 CP DR PART, 8000 CP DR PART)	4	
VIOKACE 10440-39150 UNIT TAB	4	
VIOKACE 20880-78300 UNIT TAB	5	
ZENPEP (3000-10000 CP DR PART, 5000-24000 CP DR PART, 10000-32000 CP DR PART, 15000-47000 CP DR PART, 20000-63000 CP DR PART, 25000-79000 CP DR PART, 40000-126000 CP DR PART, 60000-189600 CP DR PART)	3	
GI DRUGS, MISCELLANEOUS		
CHOLBAM (50 MG CAP, 250 MG CAP)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
LINZESS (72 MCG CAP, 145 MCG CAP, 290 MCG CAP)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lubiprostone (8 mcg cap, 24 mcg cap)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MOVANTIK (12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
REZDIFFRA (60 MG TAB, 80 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SYMPROIC 0.2 MG TAB	3	
PROKINETIC AGENTS		
<i>metoclopramide hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>metoclopramide hcl (5 mg/5ml, 10 mg/10ml)</i>	3	
METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP	4	
<i>prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANTAGONISTAS DE METAL PESADO		
CHEMET 100 MG CAP	4	
<i>deferasirox (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 125 mg tab sol</i>	4	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 180 mg tab</i>	5	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 360 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 500 mg tab sol</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 90 mg tab</i>	4	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox granules (90 mg packet, 180 mg packet, 360 mg packet)</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>deferiprone (500 mg tab, 1000 mg tab)</i>	5	
FERRIPROX 100 MG/ML SOLUTION	5	LC (2970 cada 30 dia(s))
<i>penicillamine 250 mg tab</i>	5	
TRIENTINE HCL (TRIENTINE HCL 250 MG CAP, TRIENTINE HCL 500 MG CAP)	5	AP

HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS

ADRENALS

ASMANEX (120 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (30 METERED DOSES) (110 MCG/ACT AER POW BA, 220 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX (60 METERED DOSES) 220 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (1 cada 30 dia(s))
ASMANEX HFA (100 MCG/ACT AEROSOL, 200 MCG/ACT AEROSOL)	3	LC (13 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ASMANEX HFA 50 MCG/ACT AEROSOL	3	LC (13 cada 30 dia(s))
<i>budesonide (0.25 mg/2ml suspension, 0.5 mg/2ml suspension, 1 mg/2ml suspension)</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	3	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	2	
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	2	
ORAPRED ODT (ODT 10 MG TAB DISP, ODT 15 MG TAB DISP, ODT 30 MG TAB DISP)	4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TARPEYO 4 MG CAP DR	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ANDROGENS		
<i>danazol (50 mg cap, 100 mg cap, 200 mg cap)</i>	2	
<i>depo-testosterone (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	4	LC (10 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>testosterone (testosterone 1.62 % gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/act (1.62%) gel, testosterone 40.5 mg/2.5gm (1.62%) gel, testosterone 20.25 mg/1.25gm (1.62%) gel)</i>	3	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>testosterone (testosterone 10 mg/act (2%) gel, testosterone 10 mg/act (2%) gel)</i>	3	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>testosterone (testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 25 mg/2.5gm (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel, testosterone 12.5 mg/act (1%) gel, testosterone 50 mg/5gm (1%) gel)</i>	3	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>testosterone 30 mg/act solution</i>	3	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>testosterone cypionate (100 mg/ml, 200 mg/ml)</i>	3	LC (10 cada 28 OVER TIME), BVD
TESTOSTERONE ENANTHATE 200 MG/ML SOLUTION	3	LC (10 cada 28 OVER TIME), BVD
ANTIDIABETIC AGENTS		
<i>acarbose (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN BENZOATE (6.25 MG TAB, 12.5 MG TAB, 25 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL (12.5-1000 MG TAB, 12.5-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE (12.5- 30 MG TAB, 25-15 MG TAB, 25-30 MG TAB, 25-45 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
FARXIGA (5 MG TAB, 10 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glimepiride (1 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab)</i>	1	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN ASPART FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN ASPART PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN DEGLUDEC 100 UNIT/ML SOLUTION	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
INSULIN DEGLUDEC FLEXTOUCH (100 UNIT/ML SOLN PEN, 200 UNIT/ML SOLN PEN)	4	AP, LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) 100 /ML SOLN PEN	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN LISPRO JUNIOR KWIKPEN KWIK100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30)
INSULIN LISPRO PROT & LISPRO (75-25) 100 UNIT/ML SUSP PEN	3	\$35 (\$35/30)
JANUMET (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR (50-1000 MG TAB ER 24H, 50-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JANUMET XR 100-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JANUVIA (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JARDIANCE (10 MG TAB, 25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-1000 MG TAB	3	LC (60 cada 30 dia(s))
JENTADUETO 2.5-500 MG TAB	3	LC (120 cada 30 dia(s))
JENTADUETO XR 2.5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
JENTADUETO XR 5-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
LANTUS 100 UNIT/ML SOLUTION	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (120 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
<i>metformin hcl (500 mg tab, 500 mg/5ml solution, 850 mg tab, 1000 mg tab)</i>	1	
<i>metformin hcl er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	1	
<i>mifepristone 300 mg tab</i>	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
MIGLITOL (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	2	
MOUNJARO (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
<i>nateglinide (60 mg tab, 120 mg tab)</i>	1	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN RELION FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG FLEXPEN FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG FLEXPEN RELION FLEX100 UNIT/ML SOLN	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN FLEX(70-30) 100 UNIT/ML SUSP	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG MIX 70/30 RELION (70-30) 100 UNIT/ML SUSPENSION	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SOLN CART	3	\$35 (\$35/30)
NOVOLOG RELION 100 UNIT/ML SOLUTION	3	\$35 (\$35/30)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SYNJARDY XR (5-1000 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
SYNJARDY XR 25-1000 MG TAB ER 24H	3	LC (30 cada 30 dia(s))
TOUJEO MAX SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (30 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML SOLN PEN	3	LC (45 cada 30 dia(s)), \$35 (\$35/30)
TRADJENTA 5 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
TRIJARDY XR (5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 10-5-1000 MG TAB ER 24H, 12.5-2.5-1000 MG TAB ER 24H, 25-5-1000 MG TAB ER 24H)	3	
TRULICITY (0.75 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 3 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 4.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	3	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
WEGOVY (0.25 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 0.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 1 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
WEGOVY (1.7 MG/0.75ML SOLN A-INJ, 2.4 MG/0.75ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
XIGDUO XR (2.5-1000 MG TAB ER 24H, 5-1000 MG TAB ER 24H)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
XIGDUO XR (5-500 MG TAB ER 24H, 10-1000 MG TAB ER 24H, 10-500 MG TAB ER 24H)	3	LC (30 cada 30 dia(s))

ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS

BAQSIMI ONE PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
BAQSIMI TWO PACK 3 MG/DOSE POWDER	3	
<i>diazoxide 50 mg/ml suspension</i>	2	
<i>glucagon emergency (glucagon emergency 1 mg recon soln, glucagon emergency 1 mg recon soln)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CONTRACEPTIVES		
<i>abigale 1-0.5 mg tab</i>	3	
<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>	3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>camila 0.35 mg tab</i>	2	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol 3-0.02-0.451 mg tab</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	2	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>enilloring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>errin 0.35 mg tab</i>	2	
<i>estarylla 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>estradiol-norethindrone acet (0.5-0.1 mg tab, 1-0.5 mg tab)</i>	3	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>gallifrey 5 mg tab</i>	2	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>heather 0.35 mg tab</i>	2	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	3	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	3	LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD
LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB	4	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>loestrin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	4	
<i>loestrin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	4	
<i>loryna 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>lutra 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>lyleq 0.35 mg tab</i>	2	
<i>marlissa 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>meleya 0.35 mg tab</i>	2	
<i>merzee 1-20 mg-mcg(24) cap</i>	2	
<i>microgestin 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>microgestin fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>mili 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>mimvey 1-0.5 mg tab</i>	3	
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	
NEXPLANON 68 MG IMPLANT	3	AP, LC (1 cada 365 OVER TIME)
<i>norelgestromin-eth estradiol 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>norethindrone 0.35 mg tab</i>	2	
<i>norethindrone acet-ethinyl est 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindrone acetate 5 mg tab</i>	2	
<i>norethindrone-eth estradiol (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	3	
<i>norgestim-eth estrad triphasic (0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab)</i>	2	
<i>norgestimate-eth estradiol 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nortrel 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nylia 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>nylia 7/7/7 0.5/0.75/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>orquidea 0.35 mg tab</i>	2	
<i>portia-28 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>reclipsen 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
SAFYRAL 3-0.03-0.451 MG TAB	4	
<i>sprintec 28 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>sronyx 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>tarina 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>tilia fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>tri-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	
<i>tri-legest fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>tri-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg tab</i>	2	
<i>tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tab</i>	2	
<i>turqoz 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>valtya 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>valtya 1/50 1-50 mg-mcg tab</i>	2	
VELIVET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG TAB	2	
<i>vestura 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>vienva 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>vylibra 0.25-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>xarah fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>xulane 150-35 mcg/24hr patch wk</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>zovia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg tab</i>	2	

ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS

<i>anastrozole 1 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL	4	
<i>dotti (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	3	
<i>dotti 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
DUAVEE 0.45-20 MG TAB	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>estradiol (0.025 mg/24hr patch tw, 0.025 mg/24hr patch wk)</i>	3	
<i>estradiol (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.0375 mg/24hr patch wk, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch wk, 0.06 mg/24hr patch wk, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch wk, 0.1 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch wk)</i>	3	
<i>estradiol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>estradiol 0.01 % cream</i>	3	LC (127.5 cada 30 OVER TIME)
<i>estradiol 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>exemestane 25 mg tab</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FEMRING (0.05 MG/24HR RING, 0.1 MG/24HR RING)	4	TE, LC (1 cada 90 OVER TIME)
IMVEXXY MAINTENANCE PACK (PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
IMVEXXY STARTER PACK (PACK 4 MCG INSERT, PACK 10 MCG INSERT)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>letrozole 2.5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lyllana (0.0375 mg/24hr patch tw, 0.05 mg/24hr patch tw, 0.075 mg/24hr patch tw, 0.1 mg/24hr patch tw)</i>	3	
<i>lyllana 0.025 mg/24hr patch tw</i>	3	
ORIAHNN 300-1-0.5 & 300 MG CAP THPK	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OSPHENA 60 MG TAB	4	LC (30 cada 30 dia(s))
PREMARIN (0.3 MG TAB, 0.45 MG TAB, 0.625 MG TAB, 0.9 MG TAB, 1.25 MG TAB)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
PREMARIN 0.625 MG/GM CREAM	3	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
PREMPHASE 0.625-5 MG TAB	3	
PREMPRO (0.3-1.5 MG TAB, 0.45-1.5 MG TAB, 0.625-2.5 MG TAB, 0.625-5 MG TAB)	3	
<i>raloxifene hcl 60 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
SOLTAMOX 10 MG/5ML SOLUTION	4	
<i>tamoxifen citrate 10 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamoxifen citrate 20 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>toremifene citrate 60 mg tab</i>	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>yuvaferm 10 mcg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))

GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	5	BVD
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT (6-MONTH) 45 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) 7.5 MG KIT	5	BVD
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) 11.25 MG (PED) KIT	5	BVD
MYFEMBREE 40-1-0.5 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORGOVYX 120 MG TAB	5	AP, LC (32 cada 30 dia(s))
ORILISSA 150 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ORILISSA 200 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SYNAREL 2 MG/ML SOLUTION	4	AP
TRELSTAR MIXJECT (3.75 MG RECON SUSP, 11.25 MG RECON SUSP, 22.5 MG RECON SUSP)	4	BVD

PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS

<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	ESRD
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	4	LC (120 cada 30 dia(s)), ESRD
YORVIPATH (168 MCG/0.56ML SOLN PEN, 294 MCG/0.98ML SOLN PEN, 420 MCG/1.4ML SOLN PEN)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)

PITUITARY

<i>desmopressin ace spray refrig 0.01 % solution</i>	3	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
GENOTROPIN MINIQUEL (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	5	AP

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	5	AP
PROGESTINS		
CRINONE 4 % GEL	4	AP
DEPO-SUBQ PROVERA 104 MG/0.65ML SUSP PRSYR	3	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate (150 mg/ml susp prsy, 150 mg/ml suspension)</i>	2	LC (1 cada 90 OVER TIME)
<i>medroxyprogesterone acetate (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>megestrol acetate (20 mg tab, 40 mg tab)</i>	2	
<i>megestrol acetate (megestrol acetate 40 mg/ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 400 mg/10ml suspension, megestrol acetate 625 mg/5ml suspension, megestrol acetate 800 mg/20ml suspension)</i>	2	
<i>progesterone (100 mg cap, 200 mg cap)</i>	3	
SOMATOSTATIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
<i>octreotide acetate (50 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml)</i>	4	AP
<i>octreotide acetate (500 mcg/ml, 1000 mcg/ml)</i>	5	AP
SIGNIFOR (0.3 MG/ML SOLUTION, 0.6 MG/ML SOLUTION, 0.9 MG/ML SOLUTION)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMATOTROPIN AGONISTS AND ANTAGONISTS		
GENOTROPIN (5 MG CARTRIDGE, 12 MG CARTRIDGE)	5	AP
INCRELEX 40 MG/4ML SOLUTION	5	AP
OMNITROPE (5 MG/1.5ML SOLN CART, 10 MG/1.5ML SOLN CART)	5	AP
SOMAVERT (15 MG RECON SOLN, 20 MG RECON SOLN)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOMAVERT (25 MG RECON SOLN, 30 MG RECON SOLN)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SOMAVERT 10 MG RECON SOLN	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
THYROID AND ANTITHYROID AGENTS		
<i>levothyroxine sodium (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab, 300 mcg tab)</i>	1	
<i>levoxyl (25 mcg tab, 50 mcg tab, 75 mcg tab, 88 mcg tab, 100 mcg tab, 112 mcg tab, 125 mcg tab, 137 mcg tab, 150 mcg tab, 175 mcg tab, 200 mcg tab)</i>	3	
<i>liothyronine sodium (5 mcg tab, 25 mcg tab, 50 mcg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methimazole (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>propylthiouracil 50 mg tab</i>	2	
SYNTHROID (25 MCG TAB, 50 MCG TAB, 75 MCG TAB, 88 MCG TAB, 100 MCG TAB, 112 MCG TAB, 125 MCG TAB, 137 MCG TAB, 150 MCG TAB, 175 MCG TAB, 200 MCG TAB, 300 MCG TAB)	3	LC (90 cada 30 dia(s))
TIROSINT-SOL (13 MCG/ML SOLUTION, 25 MCG/ML SOLUTION, 37.5 MCG/ML SOLUTION, 44 MCG/ML SOLUTION, 50 MCG/ML SOLUTION, 62.5 MCG/ML SOLUTION, 75 MCG/ML SOLUTION, 88 MCG/ML SOLUTION, 100 MCG/ML SOLUTION, 112 MCG/ML SOLUTION, 125 MCG/ML SOLUTION, 137 MCG/ML SOLUTION, 150 MCG/ML SOLUTION, 175 MCG/ML SOLUTION, 200 MCG/ML SOLUTION)	3	
AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS		
5-ALPHA-REDUCTASE INHIBITORS		
<i>dutasteride 0.5 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>finasteride 5 mg tab</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	3	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	3	
ANTIDOTES		
<i>acetylcysteine 10 % solution</i>	2	BVD
<i>acetylcysteine 20 % solution</i>	2	BVD
<i>leucovorin calcium (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 25 mg tab)</i>	3	
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2.4 cada 30 OVER TIME)
<i>teriparatide (teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen, teriparatide 560 mcg/2.24ml soln pen)</i>	5	AP
TYMLOS 3120 MCG/1.56ML SOLN PEN	5	AP, LC (1.56 cada 30 OVER TIME)
BONE RESORPTION INHIBITORS		
<i>alendronate sodium (35 mg tab, 70 mg tab)</i>	1	
<i>alendronate sodium 10 mg tab</i>	1	
<i>ibandronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
PROLIA 60 MG/ML SOLN PRSYR	4	LC (1 cada 180 OVER TIME), BVD
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 30 mg tab</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium 35 mg tab</i>	3	LC (4 cada 28 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>risedronate sodium 5 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
XGEVA 120 MG/1.7ML SOLUTION	5	AP
CARBONIC ANHYDRASE INHIBITORS		
<i>acetazolamide (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	2	
<i>acetazolamide er 500 mg cap 12h</i>	2	
KEVEYIS 50 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
COMPLEMENT INHIBITORS		
HAEGARDA (2000 RECON SOLN, 3000 RECON SOLN)	5	AP, LC (16 cada 28 OVER TIME)
<i>icatibant acetate 30 mg/3ml soln prsy</i>	5	AP, LC (18 cada 30 OVER TIME)
ORLADEYO (110 MG CAP, 150 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
TAVNEOS 10 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUGS		
AMJEVITA (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.4ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.2 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 20 MG/0.2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.8 cada 28 OVER TIME)
AMJEVITA 80 MG/0.8ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (2.4 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA (40 MG/0.4ML SOLN PRSYR, 40 MG/0.8ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
HADLIMA PUSHTOUCH (40 MG/0.4ML SOLN A-INJ, 40 MG/0.8ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
<i>leflunomide (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	3	
PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	4	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
PYZCHIVA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	5	
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SELARSDI 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
TALTZ (80 MG/ML SOLN A-INJ, 80 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3 cada 28 OVER TIME)
TYENNE (162 MG/0.9ML SOLN A-INJ, 162 MG/0.9ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (3.6 cada 28 OVER TIME)
XELJANZ (5 MG TAB, 10 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
XELJANZ 1 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
XELJANZ XR (11 MG TAB ER 24H, 22 MG TAB ER 24H)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

IMMUNOMODULATORY AGENTS

ACTIMMUNE 100 MCG/0.5ML SOLUTION	5	AP
BESREMI 500 MCG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
<i>dimethyl fumarate (120 mg cap dr, 240 mg cap dr)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dimethyl fumarate starter pack 120 & 240 mg cpdr thpk</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i> fingolimod hcl 0.5 mg cap</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i> glatopa 20 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i> glatopa 40 mg/ml soln prsy</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i>teriflunomide (7 mg tab, 14 mg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
THALOMID (50 MG CAP, 100 MG CAP)	5	LC (30 cada 30 dia(s))

IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS

ASTAGRAF XL (0.5 MG CAP ER 24H, 1 MG CAP ER 24H, 5 MG CAP ER 24H)	4	TE, BVD
<i>azathioprine (50 mg tab, 75 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	BVD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
BENLYSTA (200 MG/ML SOLN A-INJ, 200 MG/ML SOLN PRSYR)	5	AP
<i>cyclosporine (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	BVD
<i>cyclosporine modified (25 mg cap, 100 mg cap, 100 mg/ml solution)</i>	2	BVD
<i>cyclosporine modified 50 mg cap</i>	2	BVD
ENSPRYNG 120 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (7 cada 168 OVER TIME)
ENVARUSUS XR (0.75 MG TAB ER 24H, 1 MG TAB ER 24H, 4 MG TAB ER 24H)	4	TE, BVD
<i>gengraf (25 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	BVD
LUPKYNIS 7.9 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>mycophenolate mofetil (200 mg/ml recon susp, 250 mg cap, 500 mg tab)</i>	3	BVD
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	3	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
PROGRAF (0.2 MG PACKET, 1 MG PACKET)	4	BVD
REZUROCK 200 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>sirolimus (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	4	BVD
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	5	BVD
<i>tacrolimus (0.5 mg cap, 1 mg cap, 5 mg cap)</i>	2	BVD

OTHER MISCELLANEOUS THERAPEUTIC AGENTS

AQNEURSA 1 GM PACKET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ARCALYST 220 MG RECON SOLN	5	AP
<i>betaine powder</i>	5	
CYSTAGON (50 MG CAP, 150 MG CAP)	4	AP

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
FILSPARI (200 MG TAB, 400 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
FIRDAPSE 10 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 1 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ISTURISA 5 MG TAB	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
<i>l-glutamine 5 gm packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>metirosine 250 mg cap</i>	5	AP
MYALEPT 11.3 MG RECON SOLN	5	AP, LC (67.8 cada 30 dia(s))
<i>nitisinone (2 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap, 20 mg cap)</i>	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
NITYR (2 MG TAB, 5 MG TAB, 10 MG TAB)	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
ORFADIN 4 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (1500 cada 30 dia(s))
PYRUKYND (5 MG TAB, 20 MG TAB, 50 MG TAB)	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
PYRUKYND TAPER PACK (PACK 5 MG TAB THPK, PACK 7 20 MG & 7 5 MG TAB THPK, PACK 7 50 MG & 7 20 MG TAB THPK)	5	AP, LC (56 cada 28 dia(s))
<i>sapropterin dihydrochloride 100 mg tab</i>	5	AP
VOXZOGO (0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON 100 MG CAP	4	
<i>mesna 400 mg tab</i>	5	
ANTICONCEPTIVOS SIN HORMONAS		
PHEXXI 1.8-1-0.4 % GEL	4	

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

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

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

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

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

AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</i>	3	
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	3	
FASENRA 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (0.5 cada 28 OVER TIME)
FASENRA 30 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME)
FASENRA PEN 30 MG/ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (2 cada 56 OVER TIME)
<i>montelukast sodium (4 mg chew tab, 5 mg chew tab, 10 mg tab)</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>montelukast sodium 4 mg packet</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
XOLAIR (150 MG RECON SOLN, 150 MG/ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR (300 MG/2ML SOLN A-INJ, 300 MG/2ML SOLN PRSYR)	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 150 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
XOLAIR 75 MG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>zafirlukast (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)

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

ANTIFIBROTIC AGENTS

OFEV (100 MG CAP, 150 MG CAP)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pirfenidone (267 mg cap, 267 mg tab)</i>	5	AP, LC (270 cada 30 dia(s))
PIRFENIDONE 534 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pirfenidone 801 mg tab</i>	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
CYSTIC FIBROSIS TRANSMEMBRANE CONDUCTANCE REGULATOR MODULATORS		
KALYDECO (5.8 MG PACKET, 13.4 MG PACKET, 25 MG PACKET, 50 MG PACKET, 75 MG PACKET, 150 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ORKAMBI (100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ORKAMBI (75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
MUCOLYTIC AGENTS		
PULMOZYME 2.5 MG/2.5ML SOLUTION	5	LC (150 cada 30 dia(s)), BVD
VASODILATING AGENTS		
ADEMPAS (0.5 MG TAB, 1 MG TAB, 1.5 MG TAB, 2 MG TAB, 2.5 MG TAB)	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>ambrisentan (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	5	AP, AL, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>bosentan (62.5 mg tab, 125 mg tab)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
OPSUMIT 10 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
WINREVAIR (2 X 45 MG KIT, 2 X 60 MG KIT, 45 MG KIT, 60 MG KIT)	5	AP
AGENTES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA		
ANTI-INFECTIVES		
<i>acyclovir 5 % ointment</i>	3	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	3	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	3	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	3	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	3	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1-5 % gel</i>	3	TE
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-2.5 % gel</i>	2	TE
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</i>	2	
<i>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream)</i>	3	
<i>clotrimazole (1 % cream, 1 % solution)</i>	2	
<i>clotrimazole 10 mg troche</i>	2	
<i>clotrimazole-betamethasone (clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % cream, clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % lotion)</i>	3	
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	3	
ERY 2 % PAD	2	
<i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	3	
<i>ivermectin 1 % cream</i>	3	TE, LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)</i>	3	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion)</i>	3	
<i>metronidazole 1 % gel</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	3	
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	3	
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>nyamyc 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>nystatin (100000 unit/gm cream, 100000 unit/gm ointment)</i>	2	
<i>nystatin 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>nystatin-triamcinolone (100000-0.1 unit/gm-% cream, 100000-0.1 unit/gm-% ointment)</i>	3	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	3	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	4	
<i>permethrin 5 % cream</i>	3	
<i>silver sulfadiazine 1 % cream</i>	2	
SPINOSAD 0.9 % SUSPENSION	4	
<i>ssd 1 % cream</i>	2	
<i>sulfacetamide sodium (acne) 10 % lotion</i>	3	
<i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>	3	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	3	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	3	

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>betamethasone valerate (betamethasone valerate 0.1 % cream, betamethasone valerate 0.1 % lotion, betamethasone valerate 0.1 % ointment, betamethasone valerate 0.12 % foam, betamethasone valerate 0.1 % lotion)</i>	3	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	4	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension</i>	3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	3	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	3	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	3	LC (125 cada 14 OVER TIME)
<i>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	3	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	4	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	3	
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM	5	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	3	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	3	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	3	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	3	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	3	
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	2	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	3	
<i>mometasone furoate (0.1 % cream, 0.1 % ointment, 0.1 % solution)</i>	2	
<i>procto-med hc 2.5 % cream</i>	2	
<i>proctosol hc 2.5 % cream</i>	2	
<i>proctozone-hc 2.5 % cream</i>	2	
<i>triamcinolone acetonide (0.025 % cream, 0.025 % lotion, 0.025 % ointment, 0.1 % cream, 0.1 % lotion, 0.1 % ointment, 0.5 % cream, 0.5 % ointment)</i>	2	
<i>triderm 0.5 % cream</i>	2	
KERATOLYTIC AGENTS		
<i>adapalene-benzoyl peroxide 0.1-2.5 % gel</i>	2	TE
<i>ammonium lactate 12 % cream</i>	2	
SKIN AND MUCOUS MEMBRANE AGENTS, MISCELLANEOUS		
<i>acutane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	4	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>	3	TE
ADBRY (150 MG/ML SOLN PRSYR, 300 MG/2ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (6 cada 28 OVER TIME)
ALTRENO 0.05 % LOTION	4	LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>amnesteam (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	3	LC (50 cada 30 OVER TIME)
AZELEX 20 % CREAM	4	TE
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	AP

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>calcipotriene (calcipotriene 0.005 % ointment, calcipotriene 0.005 % solution, calcipotriene 0.005 % cream, calcipotriene 0.005 % solution)</i>	3	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	3	
CIBINQO (50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>claravis (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>claravis 30 mg cap</i>	3	
<i>dapsone 5 % gel</i>	3	TE
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (8 cada 28 OVER TIME)
FILSUEVZ 10 % GEL	5	AP
FINACEA 15 % FOAM	4	
<i>fluorouracil (fluorouracil 5 % cream, fluorouracil 2 % solution, fluorouracil 5 % solution)</i>	3	
HYFTOR 0.2 % GEL	5	AP
<i>imiquimod 5 % cream</i>	3	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	3	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	4	TE
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	3	LC (100 cada 30 OVER TIME)
<i>tazarotene (0.05 % gel, 0.1 % gel)</i>	4	
<i>tazarotene 0.05 % cream</i>	4	TE
<i>tazarotene 0.1 % cream</i>	3	TE
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	3	TE
<i>tretinoin microsphere (tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.04 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel, tretinoin microsphere 0.1 % gel)</i>	4	TE
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	4	TE
VALCHLOR 0.016 % GEL	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
VTAMA 1 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>zenatane (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>zenatane 30 mg cap</i>	3	
ZORYVE (0.3 % CREAM, 0.3 % FOAM)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
ZORYVE 0.15 % CREAM	4	TE, LC (60 cada 30 OVER TIME)

PREPARACIONES PARA LA PIEL Y MEMBRANA MUCOSA

ANTIPRURITICS AND LOCAL ANESTHETICS

<i>agoneaze 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>lidocaine 5 % patch</i>	3	
<i>lidocaine viscous hcl 2 % solution</i>	3	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream</i>	3	
<i>lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>lidocan 5 % patch</i>	3	
<i>livixil pak 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	3	
<i>tridacaine iii 5 % patch</i>	3	

RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

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

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

<i>roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
---	---	------------------------

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>theophylline er (theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)</i>	3	

SUMINISTROS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR (29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MARATHON MEDICAL PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.3 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 30G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT INSULIN SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE (28G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.3 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
MONOJECT ULTRA COMFORT SYRINGE 28G X 1/2" 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PEN NEEDLES (PEN 30G 5 MISC, PEN 31G 5 MISC, PEN 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PENTIPS (29G 12MM MISC, 31G 5 MM MISC, 31G 8 MM MISC, 32G 4 MM MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
PRO COMFORT PEN NEEDLES (PEN 4 MISC, PEN 5 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
SURE COMFORT PEN NEEDLES (PEN 31G 6 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
Uncategorized		
Unclassified		
BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

VITAMINAS

VITAMIN D

<i>calcitriol (0.25 mcg cap, 0.5 mcg cap)</i>	2	ESRD
<i>calcitriol 1 mcg/ml solution</i>	2	ESRD
<i>doxercalciferol (doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap, doxercalciferol 0.5 mcg cap, doxercalciferol 1 mcg cap, doxercalciferol 2.5 mcg cap)</i>	2	ESRD
<i>paricalcitol (1 mcg cap, 2 mcg cap, 4 mcg cap)</i>	3	ESRD
ALTRIXA OB 15-0.4-0.6 MG TAB	3	
ATABEX EC AEX 29-1 MG DR	3	
AZESCO 13-1 MG TAB	3	
C-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL B-CALM 20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CITRANATAL RX 27-1 MG TAB	3	
CO-NATAL FA TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
EMBRIVA 13-1 MG TAB	3	
FOLATEXCEL 20-1 MG TAB	3	
INATAL GT TAB	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30-1 MG TAB	3	
M-NATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
MATERVIA 0.5 MG CAP	3	
MULTI-MAC 15-0.75-1 MG TAB	3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	2	
NATACHEW NATA28-1 MG TAB	3	
NATALVIT TAB	3	
NEO-VITAL RX 1 MG TAB	3	
NEOMATERNA 20-1 MG TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	3	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP	3	
OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP	3	
OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP	3	
OBSTETRIX EC (WITH DOCUSATE) 29-1 MG TAB	3	
PNV 27-CA/FE/FA 60-1 MG TAB	3	
PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA 27-1 & 312 MG MISC	3	
PNV TABS 20-1 S MG	3	
PNV TABS 29-1 S MG	3	
PNV-DHA+DOCUSATE 27-1.25-300 MG CAP	3	
PNV-SELECT 27-0.6-0.4 MG TAB	3	
PREGEN DHA 28-1-35 MG CAP	3	
PREGENNA 20-1 MG TAB	3	
PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC	3	
PRENA1 1.4 MG CHEW TAB	3	
PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP	3	
PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP	3	
PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB)	2	
THRIVITE RX 29-1 MG TAB	3	
TRICARE TAB	3	
TRINATAL RX 1 60-MG TAB	3	
TRINATE TAB	3	
TRINAZ 12-1 MG TAB	3	
TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VINATE II 29-1 MG TAB	3	
VINATE ONE 60-1 MG TAB	3	
VIRT-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB	3	
VITAFOL ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL-NANO 18-0.6-0.4 MG TAB	3	
VITAFOL-OB TAB	3	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG MISC	3	
VITAFOL-ONE 29-1-200 MG CAP	3	
VITAMEDMD ONE RX/QUATREFOLIC 30-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAMEDMD REDICHEW RX 1.4 MG TAB	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAPEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
VITATRUE 30-1.4 & 300 MG MISC	3	
VIVA DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VP-PNV-DHA 28-1-215.8 MG CAP	3	
WESNATAL DHA COMPLETE 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
WESNATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
WESTAB PLUS WES27-1 MG	3	
WESTGEL DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
ZALVIT 13-1 MG TAB	3	
ZIPHEX 13-1 MG TAB	3	

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

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

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

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

Índice de medicamentos

A	ALECENSA.....	16	amphetamine-dextroamphetamine.....	49	
	alendronate sodium.....	101	amphetamine-		
abacavir sulfate.....	10	alfuzosin hcl er.....	32	dextroamphetamine.....	49
abacavir sulfate-lamivudine.....	10	aliskiren fumarate.....	43	AMPHOTERICIN B.....	7
abigale.....	92	allopurinol.....	101	amphotericin b liposome.....	7
abigale lo.....	92	ALOGLIPTIN BENZOATE.....	86	ampicillin.....	1
ABILIFY ASIMTUFII.....	60	ALOGLIPTIN-METFORMIN		ampicillin sodium.....	1
ABILIFY MAINTENA.....	60	HCL.....	86	ampicillin-sulbactam sodium.....	
abiraterone acetate.....	16	ALOGLIPTIN-		anagrelide hcl.....	34
abirtega.....	16	PIOGLITAZONE.....	86	anastrozole.....	96
ABRYSVO.....	27	alosetron hcl.....	80	ANORO ELLIPTA.....	29
acamprosate calcium.....	101	ALPHAGAN P.....	79	APLENZIN.....	61
acarbose.....	86	alprazolam.....	58	apomorphine hcl.....	57
accutane.....	111	alprazolam er.....	58	APRACLONIDINE HCL.....	80
acebutolol hcl.....	39	ALPRAZOLAM INTENSOL.....	58	aprepitant.....	80
acetaminophen-codeine.....	46	alprazolam xr.....	58	apri.....	92
acetazolamide.....	102	ALTRENO.....	111	APTIVUS.....	10
acetazolamide er.....	102	ALTRIXA OB.....	117	AQ INSULIN SYRINGE.....	115
acetic acid.....	80	ALUNBRIG.....	16	AQINJECT PEN NEEDLE.....	115
acetylcysteine.....	101	amantadine hcl.....	10	AQNEURSA.....	104
acitretin.....	111	ambrisentan.....	107	aranelle.....	92
ACTHIB.....	27	amikacin sulfate.....	1	ARANESP (ALBUMIN	
ACTIMMUNE.....	103	amiloride hcl.....	71	FREE).....	35,36
acyclovir.....	10,107	AMILORIDE-		ARCALYST.....	104
acyclovir sodium.....	10	HYDROCHLOROTHIAZIDE.....	71	AREXVY.....	27
ADACEL.....	27	amiodarone hcl.....	42	arformoterol tartrate.....	32
adapalene.....	111	amitriptyline hcl.....	60	ARIKAYCE.....	1
adapalene-benzoyl		AMJEVITA.....	102	aripiprazole.....	61
peroxide.....	111	amlodipine besy-benazepril		ARISTADA.....	61
ADBRY.....	111	hcl.....	40	ARISTADA INITIO.....	61
adefovir dipivoxil.....	10	amlodipine besylate.....	40	armodafinil.....	49
ADEMPAS.....	107	amlodipine besylate-valsartan.....	40	ARNUITY ELLIPTA.....	77
agoneaze.....	113	amlodipine-atorvastatin.....	37	ascomp-codeine.....	46
AJOVY.....	56	amlodipine-olmesartan.....	40	asenapine maleate.....	61
ak-poly-bac.....	75	ammonium lactate.....	111	ASMANEX (120 METERED	
AKEEGA.....	16	amnesteem.....	111	DOSES).....	84
albendazole.....	1	amoxapine.....	60	ASMANEX (30 METERED	
albuterol sulfate.....	32	AMOXICILL-CLARITHRO-		DOSES).....	84
albuterol sulfate hfa.....	32	LANSOPRAZ.....	1	ASMANEX (60 METERED	
ALBUTEROL SULFATE HFA.....	32	amoxicillin.....	1	DOSES).....	84
alclometasone dipropionate.....	109	amoxicillin-pot clavulanate.....	1	ASMANEX HFA.....	84,85

aspirin-dipyridamole er.....	45	balsalazide disodium.....	80	BIKTARVY.....	10
ASTAGRAF XL.....	103	BALVERSA.....	17	bimatoprost.....	79
ATABEX EC.....	117	balziva.....	92	bis subcit-metronid-tetracyc....	81
atazanavir sulfate.....	10	BAQSIMI ONE PACK.....	91	bismuth/metronidaz/tetracyclin	81
atenolol.....	39	BAQSIMI TWO PACK.....	91	bisoprolol fumarate.....	39
atenolol-chlorthalidone.....	39	BARACLUDE.....	10	bisoprolol-hydrochlorothiazide	39
atomoxetine hcl.....	59	BAXDELA.....	2	BIVIGAM.....	26
atorvastatin calcium.....	37	BCG VACCINE.....	27	blisovi fe 1.5/30.....	92
atovaquone.....	9	BD INSULIN SYRINGE		BOOSTRIX.....	27
atovaquone-proguanil hcl.....	9	MICROFINE.....	115	bosentan.....	107
atropine sulfate.....	77	BD INSULIN SYRINGE U-		BOSULIF.....	17
ATROVENT HFA.....	29	500.....	117	BRAFTOVI.....	17
AUGTYRO.....	16	BD SAFETYGLIDE INSULIN		BREO ELLIPTA.....	33
AUSTEDO.....	68	SYRINGE.....	115	brey-na.....	33
AUSTEDO XR.....	69	BELSOMRA.....	58	BREZTRI AEROSPHERE.....	29
AUSTEDO XR PATIENT		benazepril hcl.....	43	briellyn.....	92
TITRATION.....	69	benazepril-		brimonidine tartrate.....	79
AUVELITY.....	61	hydrochlorothiazide.....	43	brinzolamide.....	79
AUVI-Q.....	33	BENLYSTA.....	104	BRIVIACT.....	50
aviane.....	92	benzoyl peroxide-		bromfenac sodium (once-daily)	77
AVMAPKI FAKZYNJA CO-		erythromycin.....	107	bromocriptine mesylate.....	57
PACK.....	16	benztropine mesylate.....	57	BRUKINSA.....	17
AYVAKIT.....	16	bepotastine besilate.....	78	budesonide.....	85
AZASITE.....	75	BESIVANCE.....	75	budesonide er.....	80
azathioprine.....	103	BESREMI.....	103	budesonide-formoterol	
azelaic acid.....	111	betaine.....	104	fumarate.....	33
azelastine hcl.....	78	betamethasone dipropionate	109	bumetanide.....	71
azelastine-fluticasone.....	106	betamethasone dipropionate		buprenorphine.....	46
AZELEX.....	111	aug.....	109	buprenorphine hcl.....	46
AZESCO.....	117	betamethasone valerate.....	109	buprenorphine hcl-naloxone	
azithromycin.....	1,2	betaxolol hcl.....	39	hcl.....	46,47
aztreonam.....	2	BETAXOLOL HCL.....	79	bupropion hcl.....	61
azurette.....	92	bethanechol chloride.....	31	bupropion hcl er (smoking det)	61
B		BETOPTIC-S.....	79	bupropion hcl er (sr).....	61
bac (butalbital-acetamin-caff)	46	BEVESPI AEROSPHERE.....	29	bupropion hcl er (xl).....	61
bacitra-neomycin-polymyxin-		bexarotene.....	17,111	buspirone hcl.....	58
hc.....	75	BEXSERO.....	27	butalbital-apap-caff-cod.....	47
BACITRACIN.....	75	bicalutamide.....	17	butalbital-apap-caffeine.....	47
bacitracin-polymyxin b.....	75	BICILLIN C-R.....	2	butalbital-asa-caff-codeine.....	47
baclofen.....	31	BICILLIN C-R 900/300.....	2	butalbital-aspirin-caffeine.....	47
		BICILLIN L-A.....	2		

C		cefexime	2	CITRANATAL HARMONY	117
		cefoxitin sodium	2	CITRANATAL RX	118
C-NATE DHA	117	CEFPODOXIME PROXETIL	3	claravis	112
cabergoline	57	cefprozil	3	clarithromycin	3
CABLIVI	34	CEFTAZIDIME	3	clarithromycin er	3
CABOMETYX	17	ceftriaxone sodium	3	CLENPIQ	82
calcipotriene	112	cefuroxime axetil	3	CLEOCIN	108
calcipotriene-betameth		cefuroxime sodium	3	clindamycin hcl	3
diprop	109,110	celecoxib	47	clindamycin palmitate hcl	3
calcitonin (salmon)	98	cephalexin	3	clindamycin phos (once-daily)	108
CALCITRIOL	112	cetirizine hcl	16	clindamycin phos (twice-daily)	108
calcitriol	117	cevimeline hcl	31	clindamycin phos-benzoyl	
CALQUENCE	17	CHEMET	84	perox	108
camila	92	CHENODAL	82	clindamycin phosphate	3,108
candesartan cilexetil	43	chlorhexidine gluconate	75	clindamycin phosphate in d5w	3
candesartan cilexetil-hctz	43	chloroquine phosphate	9	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPLYTA	61	chlorpromazine hcl	61	(2.75/5)	69
CAPRELSA	17	CHLORPROMAZINE HCL	61	CLINIMIX E/DEXTROSE	
captopril	43	chlorthalidone	71	(4.25/10)	69
carbamazepine	50,51	CHOLBAM	83	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARBAMAZEPINE	50	cholestyramine	37	(4.25/5)	69
carbamazepine er	51	cholestyramine light	38	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa	57	CIBINQO	112	(5/15)	70
carbidopa-levodopa	57	ciclopirox	107	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa er	57	ciclopirox olamine	107	(5/20)	70
carbidopa-levodopa-		cilostazol	34	CLINIMIX E/DEXTROSE	
entacapone	57	CILOXAN	75	(8/10)	70
carglumic acid	69	CIMDUO	10	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carisoprodol	31	cimetidine	81	(8/14)	70
CARTEOLOL HCL	39	cinacalcet hcl	98	CLINIMIX/DEXTROSE	
cartia xt	40	CIPRO HC	75	(4.25/10)	70
carvedilol	39	ciprofloxacin hcl	3,75	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	70
carvedilol phosphate er	39	ciprofloxacin in d5w	3	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	70
caspofungin acetate	7	ciprofloxacin-dexamethasone	75	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	70
CAYSTON	2	citalopram hydrobromide	61,62	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	70
CEFACLOR	2	CITALOPRAM		CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	70
CEFACLOR ER	2	HYDROBROMIDE	62	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	70
cefadroxil	2	CITRANATAL 90 DHA	117	clinisol sf	70
cefazolin sodium	2	CITRANATAL ASSURE	117	clobazam	51
cefdinir	2	CITRANATAL B-CALM	117	clobetasol prop emollient	
cefepime hcl	2	CITRANATAL DHA	117	base	110

clobetasol propionate.....	110	cryselle-28.....	92	dexamethasone.....	85
clobetasol propionate e.....	110	cyclobenzaprine hcl.....	31	DEXAMETHASONE.....	85
clomipramine hcl.....	62	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	17	DEXAMETHASONE SODIUM	
clonazepam.....	51	cyclosporine.....	77,104	PHOSPHATE.....	77
clonidine.....	43	cyclosporine modified.....	104	dexmethylphenidate hcl er.....	49
clonidine hcl.....	43	cyproheptadine hcl.....	15,16	dextroamphetamine sulfate....	49
clonidine hcl er.....	43	CYSTADROPS.....	80	dextroamphetamine sulfate er..	49
clopidogrel bisulfate.....	34	CYSTAGON.....	104	dextrose.....	70
clorazepate dipotassium.....	58	CYSTARAN.....	80	DEXTROSE-NACL.....	72
clotrimazole.....	108			dextrose-sodium chloride.....	72
clotrimazole-		D		DIACOMIT.....	51
betamethasone.....	108	dabigatran etexilate mesylate..	34	diazepam.....	58
clozapine.....	62	dalfampridine er.....	105	diazepam intensol.....	58
CO-NATAL FA.....	118	DALVANCE.....	4	diazoxide.....	91
COARTEM.....	9	danazol.....	86	diclofenac potassium.....	47
COBENFY.....	62	dantrolene sodium.....	31	diclofenac potassium(migraine)	47
COBENFY STARTER PACK.....	62	DANZITEN.....	17	diclofenac sodium.....	47,77,110
colchicine.....	101	dapsone.....	8,112	diclofenac sodium er.....	47
colchicine-probenecid.....	75	DAPTACEL.....	27	dicloxacillin sodium.....	4
colesevelam hcl.....	38	daptomycin.....	4	dicyclomine hcl.....	30
colestipol hcl.....	38	darifenacin hydrobromide er..	114	DIFICID.....	4
colistimethate sodium (cba)...	4	darunavir.....	10	diflunisal.....	47
COMBIGAN.....	79	dasatinib.....	17	difluprednate.....	77
COMBIVENT RESPIMAT.....	30	DAURISMO.....	18	digoxin.....	42
COMETRIQ (100 MG DAILY		deferasirox.....	84	dihydroergotamine mesylate....	32
DOSE).....	17	deferasirox granules.....	84	DILANTIN.....	51
COMETRIQ (140 MG DAILY		deferiprone.....	84	DILANTIN INFATABS.....	51
DOSE).....	17	DELSTRIGO.....	10	DILANTIN-125.....	51
COMETRIQ (60 MG DAILY		DEPO-ESTRADIOL.....	96	dilt-xr.....	40
DOSE).....	17	DEPO-SUBQ PROVERA.....	104,99	diltiazem hcl.....	40
COMPLETE NATAL DHA.....	118	depo-testosterone.....	86	diltiazem hcl er.....	41
COMPLETENATE.....	118	DERMACINRX PRETRATE.....	118	diltiazem hcl er beads.....	41
compro.....	62	DESCOVY.....	10	diltiazem hcl er coated beads..	41
constulose.....	69	desipramine hcl.....	62	dimethyl fumarate.....	103
COPIKTRA.....	17	desloratadine.....	16	dimethyl fumarate starter	
CORLANOR.....	42	desmopressin ace spray refrig	98	pack.....	103
COTELLIC.....	17	desmopressin acetate.....	98	DIPENTUM.....	80
CREON.....	82	desonide.....	110	diphenoxylate-atropine.....	30
CRINONE.....	99	desoximetasone.....	110	DIPHENOXYLATE-ATROPINE.....	30
cromolyn sodium.....	106	DESVENLAFAXINE ER.....	62	disulfiram.....	101
CROMOLYN SODIUM.....	106	desvenlafaxine succinate er...	62	DIURIL.....	71

divalproex sodium.....	51	efavirenz-emtricitab-tenofo df. 11	ERIVEDGE.....	18	
divalproex sodium er.....	51	efavirenz-lamivudine-tenofovir 11	ERLEADA.....	18	
dofetilide.....	42	eletriptan hydrobromide.....	56	erlotinib hcl.....	18
dolishale.....	92	ELIGARD.....	97	errin.....	92
donepezil hcl.....	31	ELIQUIS.....	34	ertapenem sodium.....	4
DOPTELET.....	36	ELIQUIS DVT/PE STARTER	ERY.....	108	
dorzolamide hcl.....	79	PACK.....	34	erythrocin lactobionate.....	4
dorzolamide hcl-timolol mal..	79	ELMIRON.....	105	erythromycin.....	4,75,108
dorzolamide hcl-timolol mal		eltrombopag olamine.....	36	erythromycin base.....	4
pf.....	79	eluryng.....	92	erythromycin ethylsuccinate....	4
dotti.....	96	EMBECTA INSULIN		erythromycin lactobionate.....	5
DOVATO.....	10	SYRINGE.....	115	ERZOFRI.....	63
doxazosin mesylate.....	37	EMBECTA INSULIN SYRINGE		escitalopram oxalate.....	63
doxepin hcl.....	62	U-500.....	117	eslicarbazepine acetate.....	52
doxercalciferol.....	117	EMBRIVA.....	118	esomeprazole magnesium.....	81
doxy 100.....	4	EMGALITY.....	56	ESSENTRA WIPES 9X9".....	115
doxycycline hyclate.....	4	EMGALITY (300 MG DOSE).....	56	estarylla.....	92
doxycycline monohydrate.....	4	EMSAM.....	62	estradiol.....	96
DRIZALMA SPRINKLE.....	62	emtricitab-rilpivir-tenofov df... 11		estradiol-norethindrone acet... 92	
dronabinol.....	80	emtricitabine.....	11	eszopiclone.....	58
DROPSAFE SAFETY		emtricitabine-tenofovir df..... 11		ethacrynic acid.....	71
SYRINGE/NEEDLE.....	115	EMTRIVA.....	11	ethambutol hcl.....	8
drospiren-eth estrad-		enalapril maleate.....	44	ethosuximide.....	52
levomefol.....	92	enalapril-hydrochlorothiazide.. 44		ethynodiol diac-eth estradiol... 92	
drospirenone-ethinyl		ENGERIX-B.....	27	etodolac.....	47
estradiol.....	92	enilloring.....	92	etodolac er.....	47
droxidopa.....	33	enoxaparin sodium.....	34	etonogestrel-ethinyl estradiol... 92	
DUAVEE.....	96	ENSPRYNG.....	104	etravirine.....	11
DUET DHA 400.....	118	ENSTILAR.....	110	EUCRISA.....	110
DUET DHA BALANCED.....	118	entacapone.....	57	EULEXIN.....	18
duloxetine hcl.....	62	entecavir.....	11	EVENITY.....	101
DUPIXENT.....	112	ENTRESTO.....	44	everolimus.....	18
dutasteride.....	100	enulose.....	69	EVOTAZ.....	11
dutasteride-tamsulosin hcl... 32		ENVARSUS XR.....	104	exemestane.....	96
		EPIDIOLEX.....	51	ezetimibe.....	38
		EPINEPHRINE.....	33	ezetimibe-simvastatin.....	38
E		epinephrine.....	33		
econazole nitrate.....	108	eplerenone.....	44	F	
EDARBYCLOR.....	44	EPOGEN.....	36	famciclovir.....	11
EDURANT.....	11	EPRONTIA.....	51	famotidine.....	81
EDURANT PED.....	11	EQUETRO.....	52	FANAPT.....	63
efavirenz.....	11				

FANAPT TITRATION PACK	fluocinonide.....	110	
A.....	63	fluocinonide emulsified base.....	110
FARXIGA.....	86	fluorometholone.....	77
FASENRA.....	106	fluorouracil.....	112
FASENRA PEN.....	106	fluoxetine hcl.....	63
febuxostat.....	101	FLUOXETINE HCL.....	63
feirza 1.5/30.....	92	FLUOXETINE HCL (PMDD).....	63
feirza 1/20.....	92	fluphenazine decanoate.....	63
felbamate.....	52	fluphenazine hcl.....	64
felodipine er.....	41	FLUPHENAZINE HCL.....	64
FEMRING.....	96	flurbiprofen.....	47
fenofibrate.....	38	FLURBIPROFEN SODIUM.....	77
fenofibrate micronized.....	38	fluticasone propionate.....	77,110
fenofibric acid.....	38	FLUTICASONE PROPIONATE.....	
fenoprofen calcium.....	47	DISKUS.....	77
fentanyl.....	47	FLUTICASONE PROPIONATE.....	77
FERRIPROX.....	84	HFA.....	77
fesoterodine fumarate er.....	114	fluticasone-salmeterol.....	33
FETZIMA.....	63	FLUTICASONE-.....	
FETZIMA TITRATION.....	63	SALMETEROL.....	33
FILSPARI.....	105	fluvastatin sodium.....	38
FILSUVEZ.....	112	fluvoxamine maleate.....	64
FINACEA.....	112	fluvoxamine maleate er.....	64
finasteride.....	100	FML FORTE.....	77
fingolimod hcl.....	103	FOLATEXCEL.....	118
FINTEPLA.....	52	fondaparinux sodium.....	34
FIRDAPSE.....	105	formoterol fumarate.....	33
FIRMAGON.....	97	fosamprenavir calcium.....	11
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	97	fosfomycin tromethamine.....	15
FIRVANQ.....	5	fosinopril sodium.....	44
FLAREX.....	77	fosinopril sodium-hctz.....	44
flavoxate hcl.....	114	FOTIVDA.....	18
flecainide acetate.....	42	frovatriptan succinate.....	56
fluconazole.....	7	FRUZAQLA.....	18
fluconazole in sodium chloride.....	7	FULPHILA.....	36
flucytosine.....	7	furosemide.....	43,71
fludrocortisone acetate.....	85	FUROSEMIDE.....	71
flunisolide.....	77	fyavolv.....	92
fluocinolone acetonide.....	77,110	FYCOMPA.....	52
fluocinolone acetonide.....		FYLNETRA.....	36
scalp.....	110		

G

gabapentin.....	52
galantamine hydrobromide.....	31
GALANTAMINE.....	
HYDROBROMIDE.....	31
galantamine hydrobromide er.....	31
gallifrey.....	93
GAMMAGARD.....	26
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26
GAMMAKED.....	26
GAMMAPLEX.....	26
GAMUNEX-C.....	26
GARDASIL 9.....	28
gatifloxacin.....	75
GAVILYTE-C.....	82
gavilyte-g.....	82
gavilyte-n with flavor pack.....	82
GAVRETO.....	18
gefitinib.....	18
gemfibrozil.....	38
GEMTESA.....	114
generlac.....	69
gengraf.....	104
GENOTROPIN.....	99
GENOTROPIN MINIQUICK.....	98
GENTAMICIN IN SALINE.....	5
gentamicin sulfate.....	5,76,108
GENVOYA.....	11
GILOTRIF.....	18
glatiramer acetate.....	103
glatopa.....	103
GLEOSTINE.....	18
glimepiride.....	86
glipizide.....	87
glipizide er.....	87
glipizide xl.....	87
glipizide-metformin hcl.....	87
glucagon emergency.....	91
glyburide-metformin.....	87
glycopyrrolate.....	30

GLYXAMBI.....	87	hydralazine hcl.....	43	indapamide.....	71
GOMEKLI.....	18	hydrochlorothiazide.....	71	indomethacin.....	48
granisetron hcl.....	81	hydrocodone-acetaminophen.....	47	INFANRIX.....	27
GRANIX.....	36	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN.....	48	INLYTA.....	19
griseofulvin microsize.....	7	hydrocortisone.....	85,110,111	INQOVI.....	19
griseofulvin ultramicrosize.....	7	hydrocortisone (perianal).....	111	INREBIC.....	19
guanfacine hcl er.....	59	hydrocortisone-acetic acid.....	77	INSULIN ASP PROT & ASP FLEXPEN.....	87
H		hydromorphone hcl.....	48	INSULIN ASPART.....	88
HADLIMA.....	102	hydroxychloroquine sulfate.....	9	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	88
HADLIMA PUSHTOUCH.....	102	hydroxyzine hcl.....	59	INSULIN ASPART PENFILL.....	88
HAEGARDA.....	102	hydroxyzine pamoate.....	59	INSULIN ASPART PROT & ASPART.....	88
hailey 24 fe.....	93	HYFTOR.....	112	INSULIN DEGLUDEC.....	88
halobetasol propionate.....	110	I		INSULIN DEGLUDEC	
haloette.....	93	ibandronate sodium.....	101	FLEXTOUCH.....	88
haloperidol.....	64	IBRANCE.....	18	INSULIN LISPRO.....	88
haloperidol decanoate.....	64	IBTROZI.....	19	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL).....	88
haloperidol lactate.....	64	ibu.....	48	INSULIN LISPRO JUNIOR	
HAVRIX.....	28	ibuprofen.....	48	KWIKPEN.....	88
heather.....	93	icatibant acetate.....	102	INSULIN LISPRO PROT & LISPRO.....	88
HEMADY.....	85	iclevia.....	93	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U- 100.....	115
heparin sodium (porcine).....	34,35	ICLUSIG.....	19	INTELENCE.....	11
heparin sodium (porcine) pf.....	35	icosapent ethyl.....	38	INTRAROSA.....	85
HEPLISAV-B.....	28	IDHIFA.....	19	introvale.....	93
HERNEXEOS.....	18	ILEVRO.....	78	INVEGA HAFYERA.....	64
HETLIOZ LQ.....	59	imatinib mesylate.....	19	INVEGA SUSTENNA.....	64
HIBERIX.....	28	IMBRUVICA.....	19	INVEGA TRINZA.....	64,65
HUMALOG.....	87	imipenem-cilastatin.....	5	IOPIDINE.....	80
HUMALOG JUNIOR		imipramine hcl.....	64	IPOL.....	28
KWIKPEN.....	87	imipramine pamoate.....	64	ipratropium bromide.....	30,80
HUMALOG KWIKPEN.....	87	imiquimod.....	112	ipratropium-albuterol.....	30
HUMALOG MIX 50/50.....	87	IMKELDI.....	19	irbesartan.....	44
HUMALOG MIX 50/50		IMOVAX RABIES.....	28	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	44
KWIKPEN.....	87	IMPAVIDO.....	9	ISENTRESS.....	11,12
HUMALOG MIX 75/25.....	87	IMVEXXY MAINTENANCE		ISENTRESS HD.....	12
HUMALOG MIX 75/25		PACK.....	96	ISOLYTE-P IN D5W.....	70
KWIKPEN.....	87	IMVEXXY STARTER PACK.....	96	ISOLYTE-S PH 7.4.....	72
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	87	INATAL GT.....	118		
HUMULIN R U-500		INCRELEX.....	99		
KWIKPEN.....	87	INCRUSE ELLIPTA.....	30		

isoniazid.....	8	KCL-LACTATED RINGERS- D5W.....	73	lamotrigine.....	52,53
isosorbide dinitrate.....	45	kelnor 1/35.....	93	lamotrigine er.....	53
isosorbide mononitrate.....	45	KERENDIA.....	44	lamotrigine starter kit-blue.....	53
isosorbide mononitrate er.....	45	ketoconazole.....	8,108	lamotrigine starter kit-green.....	53
isotretinoin.....	112	ketorolac tromethamine.....	78	lamotrigine starter kit-orange.....	53
isradipine.....	41	KEVEYIS.....	102	LAMPIT.....	9
ISTURISA.....	105	KINRIX.....	27	lansoprazole.....	81
ITOVEBI.....	19	kionex.....	71	LANTUS.....	89
itraconazole.....	7,8	KISQALI (200 MG DOSE).....	19	LANTUS SOLOSTAR.....	89
ivabradine hcl.....	42	KISQALI (400 MG DOSE).....	19	lapatinib ditosylate.....	20
ivermectin.....	1,108	KISQALI (600 MG DOSE).....	19	latanoprost.....	79
IWILFIN.....	19	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	19	LAZCLUZE.....	20
IXIARO.....	28	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	19	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR.....	12
J		KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	19	leflunomide.....	102
jaimiess.....	93	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20	lenalidomide.....	20
JAKAFI.....	19	klayesta.....	108	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	20
jantoven.....	35	KLOR-CON.....	73	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	20
JANUMET.....	88	klor-con 10.....	73	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	20
JANUMET XR.....	88	klor-con m10.....	73	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	20
JANUVIA.....	88	klor-con m15.....	73	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	20
JARDIANCE.....	88	klor-con m20.....	73	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	20
jasmiel.....	93	KOSELUGO.....	20	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	20
JAYPIRCA.....	19	KOSHER PRENATAL PLUS IRON.....	118	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	20
JENTADUETO.....	88	kourzeq.....	78	lessina.....	93
JENTADUETO XR.....	88,89	KRAZATI.....	20	letrozole.....	96
jinteli.....	93	KRINTAFEL.....	9	leucovorin calcium.....	101
JULUCA.....	12	kristalose.....	69	LEUKERAN.....	20
junel 1.5/30.....	93	L		LEUKINE.....	36
junel 1/20.....	93	l-glutamine.....	105	leuprolide acetate.....	97
junel fe 1.5/30.....	93	labetalol hcl.....	39	LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH).....	97
junel fe 1/20.....	93	lacosamide.....	52	levalbuterol hcl.....	33
junel fe 24.....	93	lactulose.....	69	LEVALBUTEROL TARTRATE.....	33
JUXTAPID.....	38	lactulose encephalopathy.....	69		
JYNNEOS.....	28	LAMICTAL ODT.....	52		
K		lamivudine.....	12		
KALETRA.....	12	lamivudine-zidovudine.....	12		
KALYDECO.....	107				
kariva.....	93				
kcl in dextrose-nacl.....	73				

levetiracetam.....	53	lorazepam.....	59	MAGELLAN INSULIN SAFETY	
levetiracetam er.....	53	lorazepam intensol.....	59	SYR.....	116
LEVOBUNOLOL HCL.....	79	LORBRENA.....	20	magnesium sulfate.....	53
levocetirizine dihydrochloride.....	16	loryna.....	94	MARATHON MEDICAL	
levofloxacin.....	5	losartan potassium.....	44	PENTIPS.....	116
LEVOFLOXACIN.....	76	losartan potassium-hctz.....	44	maraviroc.....	12
levofloxacin in d5w.....	5	LOTEMAX.....	78	marlissa.....	94
levonest.....	93	LOTEMAX SM.....	78	MARPLAN.....	65
levonorg-eth estrad triphasic.....	93	loteprednol etabonate.....	78	MATERVIA.....	118
levonorgest-eth estrad 91- day.....	93	lovastatin.....	38	MATULANE.....	21
levonorgestrel-ethinyl estrad.....	93	loxapine succinate.....	65	matzim la.....	41
levora 0.15/30 (28).....	93	lubiprostone.....	83	MAVYRET.....	12
levothyroxine sodium.....	100	LUMAKRAS.....	20,21	MAXIDEX.....	78
levoxyl.....	100	LUMIGAN.....	79	MECLOFENAMATE SODIUM.....	48
lidocaine.....	113	LUPKYNIS.....	104	medroxyprogesterone acetate.....	99
lidocaine viscous hcl.....	113	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	97	mefloquine hcl.....	9
lidocaine-prilocaine.....	113	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	98	megestrol acetate.....	99
lidocan.....	113	LUPRON DEPOT (4-MONTH).....	98	MEKINIST.....	21
LILETTA (52 MG).....	93	LUPRON DEPOT (6-MONTH).....	98	MEKTOVI.....	21
linezolid.....	5	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....	98	meleya.....	94
LINZESS.....	83	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	98	meloxicam.....	48
liothyronine sodium.....	100	lurasidone hcl.....	65	memantine hcl.....	60
lisdexamfetamine dimesylate.....	49	luteria.....	94	memantine hcl er.....	60
lisinopril.....	44	LYBALVI.....	65	MENQUADFI.....	28
lisinopril-hydrochlorothiazide.....	44	lyleq.....	94	MENVEO.....	28
lithium.....	65	lyllana.....	97	mercaptopurine.....	21
lithium carbonate.....	65	LYNPARZA.....	21	meropenem.....	5
lithium carbonate er.....	65	LYSODREN.....	21	merzee.....	94
livixil pak.....	113	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	21	mesalamine.....	80
LIVTENCITY.....	12	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	21	mesalamine er.....	80
LO LOESTRIN FE.....	93	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	21	mesna.....	105
loestrin 1.5/30 (21).....	94			metaxalone.....	32
loestrin 1/20 (21).....	94			metformin hcl.....	89
loestrin fe 1.5/30.....	94			metformin hcl er.....	89
loestrin fe 1/20.....	94			methadone hcl.....	48
lofexidine hcl.....	33			methazolamide.....	79
LOKELMA.....	71,72	M		methenamine hippurate.....	15
LONSURF.....	20	M-M-R II.....	28	methimazole.....	100
loperamide hcl.....	80	M-NATAL PLUS.....	118	methocarbamol.....	32
lopinavir-ritonavir.....	12			METHOTREXATE SODIUM.....	21
				methotrexate sodium.....	21

methotrexate sodium (pf)....	21	MONOJECT INSULIN	NATALVIT.....	118		
METHOXSALEN RAPID.....	112	SYRINGE.....	nateglinide.....	89		
methscopolamine bromide...	30	MONOJECT ULTRA COMFORT	NAYZILAM.....	59		
methsuximide.....	53	SYRINGE.....	nebivolol hcl.....	40		
methylphenidate.....	49	montelukast sodium.....	106	necon 0.5/35 (28).....	94	
methylphenidate hcl.....	49,50	morphine sulfate.....	48	NEFAZODONE HCL.....	65	
methylphenidate hcl er.....	50	morphine sulfate er.....	48	NEO-VITAL RX.....	118	
methylphenidate hcl er (cd)..	50	MOUNJARO.....	89	NEOMATERNA.....	118	
methylphenidate hcl er (la)..	50	MOVANTIK.....	83	neomycin sulfate.....	5	
methylphenidate hcl er (osm)	50	moxifloxacin hcl.....	5,76	neomycin-bacitracin zn-		
methylprednisolone.....	85	MOXIFLOXACIN HCL IN		polymyx.....	76	
metoclopramide hcl.....	83	NACL.....	5	neomycin-polymyxin-dexameth	76	
METOCLOPRAMIDE HCL.....	83	MRESVIA.....	28	NEOMYCIN-POLYMYXIN-		
metolazone.....	71	MULPLETA.....	36	GRAMICIDIN.....	76	
metoprolol succinate er.....	39	MULTAQ.....	42	neomycin-polymyxin-hc.....	76	
metoprolol tartrate.....	39	MULTI-MAC.....	118	NEONATAL + DHA.....	118	
metoprolol-		MULTIPLE ELECTRO TYPE 1		NEONATAL COMPLETE.....	118	
hydrochlorothiazide.....	39	PH 5.5.....	73	NEONATAL PLUS.....	118	
metronidazole.....	9,108	multiple electro type 1 ph 7.4	73	NERLYNX.....	21	
metyrosine.....	105	mupirocin.....	108	NESTABS.....	118	
mexiletine hcl.....	42	mupirocin calcium.....	108	NESTABS DHA.....	118	
micafungin sodium.....	8	MYALEPT.....	105	NEULASTA.....	36	
MICONAZOLE 3.....	108	mycophenolate mofetil.....	104	NEUPOGEN.....	36	
microgestin 1.5/30.....	94	mycophenolate sodium.....	104	NEVANAC.....	78	
microgestin 1/20.....	94	mycophenolic acid.....	104	nevirapine.....	12	
microgestin fe 1.5/30.....	94	MYFEMBREE.....	98	NEVIRAPINE.....	12	
microgestin fe 1/20.....	94	MYRBETRIQ.....	114	nevirapine er.....	12	
midodrine hcl.....	33	N			NEXLETOL.....	38
mifepristone.....	89	na sulfate-k sulfate-mg sulf...	82	NEXLIZET.....	38	
MIGLITOL.....	89	nabumetone.....	48	NEXPLANON.....	94	
mili.....	94	nadolol.....	39	niacin er (antihyperlipidemic)	38	
mimvey.....	94	nafcillin sodium.....	5	nicardipine hcl.....	41	
minocycline hcl.....	5	nafrinse.....	118	NICOTROL NS.....	30	
minoxidil.....	43	naftifine hcl.....	108	nifedipine.....	41	
mirtazapine.....	65	naloxone hcl.....	60	nifedipine er.....	41	
misoprostol.....	81	naltrexone hcl.....	60	nifedipine er osmotic release...	41	
modafinil.....	50	naproxen.....	48	nilotinib hcl.....	21	
MODEYSO.....	21	naproxen sodium.....	48	nilutamide.....	21	
moexipril hcl.....	44	naratriptan hcl.....	56	nimodipine.....	41	
MOLINDONE HCL.....	65	NATACHEW.....	118	NIMODIPINE.....	43	
mometasone furoate.....	78,111			NINLARO.....	22	

nisoldipine er.....	41	NOVOLOG RELION.....	89	OMNITROPE.....	99
nitazoxanide.....	9	NOXAFIL.....	8	ondansetron.....	81
nitisinone.....	105	NUBEQA.....	22	ondansetron hcl.....	81
NITRO-BID.....	45	NUPLAZID.....	65	ONUREG.....	22
nitrofurantoin.....	15	NURTEC.....	56	OPIPZA.....	66
nitrofurantoin macrocrystal.....	15	NUTRILIPID.....	70	OPSUMIT.....	107
nitrofurantoin monohyd		NUZYRA.....	5	ORAPRED ODT.....	85
macro.....	15	nyamyc.....	109	ORFADIN.....	105
nitroglycerin.....	46	nylia 1/35.....	95	ORGOVYX.....	98
NITROLINGUAL.....	46	nylia 7/7/7.....	95	ORIAHNN.....	97
NITYR.....	105	NYMALIZE.....	43	ORILISSA.....	98
NIVESTYM.....	36	nystatin.....	8,109	ORKAMBI.....	107
NIZATIDINE.....	81	nystatin-triamcinolone.....	109	ORLADEYO.....	102
norelgestromin-eth estradiol.....	94	nystop.....	109	orquidea.....	95
norethindrone.....	94	NYVEPRIA.....	36	ORSERDU.....	22
norethindrone acet-ethinyl				oseltamivir phosphate.....	13
est.....	94	O		OSPHERA.....	97
norethindrone acetate.....	94	OB COMPLETE ONE.....	119	oxcarbazepine.....	53
norethindrone-eth estradiol.....	94	OB COMPLETE PETITE.....	119	oxcarbazepine er.....	54
norgestim-eth estrad		OB COMPLETE PREMIER.....	119	oxiconazole nitrate.....	109
triphasic.....	94	OB COMPLETE/DHA.....	119	oxybutynin chloride.....	114
norgestimate-eth estradiol.....	94	OBSTETRIX EC (WITH		oxybutynin chloride er.....	114
NORPACE CR.....	42	DOCUSATE).....	119	oxycodone hcl.....	48
nortrel 0.5/35 (28).....	94	OCTAGAM.....	26,27	oxycodone-acetaminophen.....	48
nortrel 1/35 (21).....	95	octreotide acetate.....	99		
nortrel 1/35 (28).....	95	ODEFSEY.....	12	P	
nortrel 7/7/7.....	95	ODOMZO.....	22	pacerone.....	42
nortriptyline hcl.....	65	OFEV.....	106	paliperidone er.....	66
NORVIR.....	12	ofloxacin.....	5,76	PALYNZIQ.....	75
NOVOLOG.....	89	OGSIVEO.....	22	PANCREAZE.....	82
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OJEMDA.....	22	PANRETIN.....	112
RELION.....	89	OJJAARA.....	22	pantoprazole sodium.....	81
NOVOLOG FLEXPEN.....	89	olanzapine.....	65	paricalcitol.....	117
NOVOLOG FLEXPEN		olanzapine-fluoxetine hcl.....	66	paroxetine hcl.....	66
RELION.....	89	olmesartan medoxomil.....	44	PAROXETINE HCL.....	66
NOVOLOG MIX 70/30.....	89	olmesartan medoxomil-hctz.....	44	paroxetine hcl er.....	66
NOVOLOG MIX 70/30		olmesartan-amlodipine-hctz.....	41	PAXLOVID.....	13
FLEXPEN.....	89	olopatadine hcl.....	78	PAXLOVID (150/100).....	13
NOVOLOG MIX 70/30		omega-3-acid ethyl esters.....	38	PAXLOVID (300/100).....	13
RELION.....	89	omeprazole.....	81	pazopanib hcl.....	22
NOVOLOG PENFILL.....	89	OMNARIS.....	78	PEDIARIX.....	27

PEDVAX HIB.....	28	pindolol.....	40	pramipexole dihydrochloride er	57
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.	82	pioglitazone hcl.....	90	prasugrel hcl.....	35
peg-3350/electrolytes.....	82	pioglitazone hcl-glimepiride...	90	pravastatin sodium.....	38
peg-3350/electrolytes/ascorbat...	82	pioglitazone hcl-metformin hcl	90	praziquantel.....	1
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c.	82	piperacillin sod-tazobactam so.	6	prazosin hcl.....	37
PEGASYS.....	13	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	22	prednisolone.....	85
PEMAZYRE.....	22	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	22	prednisolone acetate.....	78
PEN NEEDLES.....	116	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	22	PREDNISOLONE SODIUM	
PENBRAYA.....	28	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	22	PHOSPHATE.....	78
penciclovir.....	109	pirfenidone.....	106,107	prednisolone sodium	
penicillamine.....	84	PIRFENIDONE.....	106	phosphate.....	85
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE	6	piroxicam.....	48	prednisone.....	85
penicillin g potassium.....	6	pitavastatin calcium.....	38	PREDNISONE.....	85
PENICILLIN G SODIUM.....	6	PLASMA-LYTE 148.....	73	PREDNISONE INTENSOL.....	85
penicillin v potassium.....	6	PLASMA-LYTE A.....	73	pregabalin.....	54
PENMENVY.....	28	plenamine.....	70	PREGEN DHA.....	119
PENTACEL.....	27	PLENVU.....	82	PREGENNA.....	119
pentamidine isethionate.....	9	PNV 27-CA/FE/FA.....	119	PREMARIN.....	97
PENTIPS.....	116	PNV PRENATAL PLUS		PREMASOL.....	70
pentoxifylline er.....	35	MULTIVIT+DHA.....	119	PREMPRO.....	97
perampanel.....	54	PNV TABS 20-1.....	119	PRENA 1 TRUE.....	119
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	45	PNV TABS 29-1.....	119	PRENA1.....	119
perlogard.....	76	PNV-DHA+DOCUSATE.....	119	PRENA1 PEARL.....	119
permethrin.....	109	PNV-SELECT.....	119	PRENAISSANCE.....	119
perphenazine.....	66	PODOFILOX.....	112	PRENAISSANCE PLUS.....	119
PERSERIS.....	66	polymyxin b-trimethoprim.....	15	PRENATAL.....	119
PERTZYE.....	83	POMALYST.....	22	PRENATAL 19.....	119
phenelzine sulfate.....	66	portia-28.....	95	PRENATAL PLUS.....	120
phenobarbital.....	54	posaconazole.....	8	PRENATAL PLUS IRON.....	120
phenoxybenzamine hcl.....	32	potassium chloride.....	73,74	PRENATAL PLUS	
phenytek.....	54	potassium chloride crys er...	74	VITAMIN/MINERAL.....	120
phenytoin.....	54	potassium chloride er.....	74	PRENATAL VITAMIN PLUS	
phenytoin infatabs.....	54	potassium chloride in dextrose	74	LOW IRON.....	120
phenytoin sodium extended.....	54	potassium chloride in nacl.....	74	PRENATE DHA.....	120
PHEXXI.....	105	potassium citrate er.....	74	PRENATE ELITE.....	120
PIFELTRO.....	13	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%	74	PRENATE ENHANCE.....	120
pilocarpine hcl.....	31,79	pramipexole dihydrochloride..	57	PRENATE MINI.....	120
pimecrolimus.....	112			PRENATE PIXIE.....	120
PIMOZIDE.....	66			PRENATE RESTORE.....	120
				PRENATRIX.....	120

PRENATRYL.....	120	propylthiouracil.....	100	reclipsen.....	95
PRENATVITE COMPLETE.....	120	PROQUAD.....	28	RECOMBIVAX HB.....	28
PRENATVITE PLUS.....	120	PROSOL.....	70	RECTIV.....	46
PREPLUS.....	120	protriptyline hcl.....	66	RELENZA DISKHALER.....	13
PRETAB.....	120	PROVIDA OB.....	120	RELEUKO.....	36
PRETOMANID.....	8	prucalopride succinate.....	83	repaglinide.....	90
prevalite.....	38	PULMOZYME.....	107	REPATHA.....	38
PREVYMIS.....	13	pyrazinamide.....	8	REPATHA SURECLICK.....	39
PREZCOBIX.....	13	pyridostigmine bromide.....	31	RETACRIT.....	37
PREZISTA.....	13	pyridostigmine bromide er.....	31	RETEVMO.....	23
PRIFTIN.....	8	pyrimethamine.....	10	REVCovi.....	75
prilovix.....	113	PYRUKYND.....	105	REVUFORJ.....	23
prilovix lite.....	113	PYRUKYND TAPER PACK.....	105	REXULTI.....	67
prilovix lite plus.....	113	PYZCHIVA.....	102	REYATAZ.....	13
prilovix plus.....	113	Q		REYVOW.....	56
prilovix ultralite.....	113			REZDIFFRA.....	83
prilovix ultralite plus.....	114			REZLIDHIA.....	23
PRIMACARE.....	120	QELBREE.....	60	REZUROCK.....	104
primaquine phosphate.....	9	QINLOCK.....	22	RHOPRESSA.....	79
PRIMIDONE.....	54	QNASL.....	78	RIBAVIRIN.....	14
primidone.....	54	QNASL CHILDRENS.....	78	RIDAURA.....	102
PRIORIX.....	28	QUADRACEL.....	27	rifabutin.....	8
PRIVIGEN.....	27	quetiapine fumarate.....	66	rifampin.....	9
PRO COMFORT PEN.....		quetiapine fumarate er.....	66	riluzole.....	60
NEEDLES.....	116	quinapril hcl.....	45	risedronate sodium.....	101,102
probenecid.....	75	QUINIDINE SULFATE.....	43	risperidone.....	67
prochlorperazine.....	66	quinine sulfate.....	10	RISPERIDONE.....	67
prochlorperazine maleate.....	66	QULIPTA.....	56	risperidone microspheres er.....	67
procto-med hc.....	111	R		ritonavir.....	14
proctosol hc.....	111			rivastigmine.....	31
proctozone-hc.....	111			rivastigmine tartrate.....	31
progesterone.....	99	RABAVERT.....	28	rizatriptan benzoate.....	56
PROGRAF.....	104	rabeprazole sodium.....	81	ROCKLATAN.....	79
PROLIA.....	101	RADICAVA ORS.....	60	roflumilast.....	114
promethazine hcl.....	16	RADICAVA ORS STARTER.....		ROMVIMZA.....	23
PROMETHEGAN.....	16	KIT.....	60	ropinirole hcl.....	57
propafenone hcl.....	42	RALDESY.....	67	ropinirole hcl er.....	57
propafenone hcl er.....	43	raloxifene hcl.....	97	rosuvastatin calcium.....	39
propranolol hcl.....	40	ramelteon.....	59	ROTARIX.....	29
PROPRANOLOL HCL.....	40	ramipril.....	45	ROTATEQ.....	29
propranolol hcl er.....	40	ranolazine er.....	43	ROWASA.....	80
		rasagiline mesylate.....	57		
		RASUVO.....	22,23		

ROZLYTREK.....	23	sodium chloride.....	74	sulfadiazine.....	6
RUBRACA.....	23	SODIUM CHLORIDE.....	74	sulfamethoxazole-trimethoprim..	6
rufinamide.....	54	sodium chloride (pf).....	74	sulfasalazine.....	6
RUKOBIA.....	14	SODIUM FLUORIDE.....	121	sulindac.....	48
RYDAPT.....	23	sodium phenylbutyrate.....	69	sumatriptan.....	56
RYTARY.....	57,58	sodium polystyrene sulfonate..	72	sumatriptan succinate.....	56
S		SOFOSBUVIR-.....		sunitinib malate.....	23
		VELPATASVIR.....	14	SUNLENCA.....	14
		SOHONOS.....	32	SUNOSI.....	60
SAFYRAL.....	95	solifenacin succinate.....	114	SUPREP BOWEL PREP KIT..	82
SANTYL.....	112	SOLQUA.....	90	SURE COMFORT PEN	
sapropterin dihydrochloride..	105	SOLTAMOX.....	97	NEEDLES.....	116
SAVAYSA.....	35	SOMAVERT.....	99,100	SUTAB.....	82
saxagliptin hcl.....	90	sorafenib tosylate.....	23	SYMLINPEN 120.....	90
saxagliptin-metformin er.....	90	sotalol hcl.....	40	SYMLINPEN 60.....	90
SCSEMBLIX.....	23	sotalol hcl (af).....	40	SYMPAZAN.....	54
scopolamine.....	30	SPINOSAD.....	109	SYMPROIC.....	83
SE-NATAL 19.....	120	SPIRIVA HANDIHALER.....	30	SYMTUZA.....	14
SECUADO.....	67	SPIRIVA RESPIMAT.....	30	SYNAREL.....	98
SEGLUROMET.....	90	spironolactone.....	45	SYNJARDY.....	90
SELARSDI.....	102,103	spironolactone-hctz.....	45	SYNJARDY XR.....	91
SELECT-OB.....	120	sprintec 28.....	95	SYNTHROID.....	100
SELECT-OB+DHA.....	120	SPRITAM.....	54	T	
selegiline hcl.....	58	SPS (SODIUM POLYSTYRENE			
SELZENTRY.....	14	SULF).....	72		
SEREVENT DISKUS.....	34	sronyx.....	95	TABLOID.....	24
sertraline hcl.....	67	ssd.....	109	TABRECTA.....	24
SHINGRIX.....	29	STEGLATRO.....	90	tacrolimus.....	104,112
SIGNIFOR.....	99	STIMUFEND.....	37	tadalafil.....	46
sildenafil citrate.....	46	STIOLTO RESPIMAT.....	30	tadalafil (pah).....	46
silodosin.....	32	STIVARGA.....	23	TADLIQ.....	46
silver sulfadiazine.....	109	STREPTOMYCIN SULFATE...6		TAFINLAR.....	24
SIMBRINZA.....	79	STRIBILD.....	14	TAGRISSO.....	24
simvastatin.....	39	STRIVERDI RESPIMAT.....	34	TALTZ.....	103
sirolimus.....	104	SUCRAID.....	75	TALZENNA.....	24
SIRTURO.....	9	sucrafate.....	81	tamoxifen citrate.....	97
SITAGLIPT BASE-METFORM		SUFLAVE.....	82	tamsulosin hcl.....	32
HCL ER.....	90	sulfacetamide sodium.....	76	tarina 24 fe.....	95
SITAGLIPTIN.....	90	sulfacetamide sodium (acne)109		TARPEYO.....	86
SITAGLIPTIN BASE-		SULFACETAMIDE-		tasimelteon.....	59
METFORMIN HCL.....	90	PREDNISOLONE.....	76	TAVALLISSE.....	35
SIVEXTRO.....	6			TAVNEOS.....	102

tazarotene	112	TIVICAY	14	tri-lo-sprintec	95
TAZVERIK	24	TIVICAY PD	14	tri-sprintec	95
TEFLARO	6	tizanidine hcl	32	tri-vylibra lo	95
telmisartan	45	TOBRADEX	76	triamcinolone acetonide	78,111
TELMISARTAN-		tobramycin	6,76	triamterene	71
AMLODIPINE	41	tobramycin sulfate	7	triamterene-hctz	71
telmisartan-hctz	45	tobramycin-dexamethasone	76	triazolam	59
temazepam	59	TOBREX	76	TRICARE	121
TENIVAC	27	tolcapone	58	tridacaine ii	114
tenofovir disoproxil fumarate	14	tolterodine tartrate	114	tridacaine iii	114
TEPMETKO	24	tolterodine tartrate er	114	triderm	111
terazosin hcl	37	tolvaptan	71	TRIENTINE HCL	84
terbinafine hcl	8	TOLVAPTAN	71	trifluoperazine hcl	67
terbutaline sulfate	34	topiramate	55	TRIFLURIDINE	76
terconazole	109	toremifene citrate	97	trihexyphenidyl hcl	58
teriflunomide	103	torpenz	24	TRIHEXYPHENIDYL HCL	58
teriparatide	101	torsemide	71	TRIJARDY XR	91
testosterone	86	TOUJEO MAX SOLOSTAR	91	trimethoprim	15
testosterone cypionate	86	TOUJEO SOLOSTAR	91	trimipramine maleate	67
TESTOSTERONE		TPN ELECTROLYTES	74	TRINATAL RX 1	121
ENANTHATE	86	TRADJENTA	91	TRINATE	121
tetrabenazine	69	tramadol hcl	49	TRINAZ	121
tetracycline hcl	6	tramadol hcl er	49	TRINTELLIX	67
THALOMID	103	tramadol-acetaminophen	49	TRISTART DHA	121
theophylline er	115	trandolapril	45	TRIUMEQ	14
thioridazine hcl	67	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIUMEQ PD	14
thiothixene	67	HCL ER	42	TROPHAMINE	71
THRIVITE RX	121	tranexamic acid	34	tropium chloride	114
tiadylt er	42	tranylcypromine sulfate	67	tropium chloride er	114
tiagabine hcl	54,55	TRAVASOL	70	TRULICITY	91
TIBSOVO	24	trazodone hcl	67	TRUMENBA	29
ticagrelor	35	TRELEGY ELLIPTA	30	TRUQAP	24
TICOVAC	29	TRELSTAR MIXJECT	98	TUKYSA	24
tigecycline	6	tretinoin	24,112,113	TURALIO	24
tilia fe	95	tretinoin microsphere	113	turqoz	95
timolol maleate	40,79	TRETINOIN MICROSPHERE		TWINRIX	29
timolol maleate (once-daily)	79	PUMP	113	TYBOST	14
timolol maleate ocudose	79	TREXALL	24	TYENNE	103
timolol maleate pf	79	tri-estarylla	95	TYMLOS	101
tinidazole	10	tri-legest fe	95	TYPHIM VI	29
TIROSINT-SOL	100	tri-lo-estarylla	95	TYRVAYA	78

U		VENLAFAXINE BESYLATE	VIVOTIF.....	29
UBRELVY.....	56	ER.....	VIZIMPRO.....	25
UDENYCA.....	37	venlafaxine hcl.....	VONJO.....	25
ULTICARE INSULIN SAFETY		venlafaxine hcl er.....	VORANIGO.....	25
SYR.....	116	VENTOLIN HFA.....	voriconazole.....	8
ursodiol.....	82	verapamil hcl.....	VOSEVI.....	15
UZEDY.....	68	verapamil hcl er.....	VOXZOGO.....	105
V		VERQUVO.....	VP-PNV-DHA.....	122
valacyclovir hcl.....	14	VERSACLOZ.....	VRAYLAR.....	68
VALCHLOR.....	113	VERZENIO.....	VTAMA.....	113
valganciclovir hcl.....	14,15	vestura.....	vylibra.....	95
valproic acid.....	55	vienva.....	VYNDAMAX.....	43
valsartan.....	45	vigabatrin.....	VYNDAQEL.....	43
valsartan-		vigadrone.....	VYZULTA.....	79
hydrochlorothiazide.....	45	VIGAFYDE.....	W	
VALTOCO 10 MG DOSE....	59	vigpoder.....	WAKIX.....	50
VALTOCO 15 MG DOSE....	59	VIJOICE.....	warfarin sodium.....	35
VALTOCO 20 MG DOSE....	59	vilazodone hcl.....	WEGOVY.....	91
VALTOCO 5 MG DOSE....	59	VIMKUNYA.....	WELIREG.....	25
valtya 1/35.....	95	VINATE II.....	WESNATAL DHA	
valtya 1/50.....	95	VINATE ONE.....	COMPLETE.....	122
vancomycin hcl.....	7	VIOKACE.....	WESNATE DHA.....	122
VANCOMYCIN HCL.....	7	VIRACEPT.....	WESTAB PLUS.....	122
VANDAZOLE.....	109	VIREAD.....	WESTGEL DHA.....	122
VANFLYTA.....	24	VIRT-NATE DHA.....	WINREVAIR.....	107
VAQTA.....	29	VITAFOL FE+.....	wixela inhub.....	34
varenicline tartrate.....	31	VITAFOL GUMMIES.....	X	
varenicline tartrate (starter)...	30	VITAFOL ULTRA.....	XALKORI.....	25
varenicline tartrate(continue)...	31	VITAFOL-NANO.....	xarah fe.....	95
VARIVAX.....	29	VITAFOL-OB.....	XARELTO.....	35
VARUBI (180 MG DOSE)....	81	VITAFOL-OB+DHA.....	XARELTO STARTER PACK...	35
VAXCHORA.....	29	VITAFOL-ONE.....	XCOPRI.....	55
VELIVET.....	95	VITAMEDMD ONE	XCOPRI (250 MG DAILY	
VELTASSA.....	72	RX/QUATREFOLIC.....	DOSE).....	55
VEMLIDY.....	15	VITAMEDMD REDICHEW	XCOPRI (350 MG DAILY	
VENCLEXTA.....	24	RX.....	DOSE).....	55
VENCLEXTA STARTING		VITAPEARL.....	XDEMVI.....	76
PACK.....	24	VITATRUE.....	XELJANZ.....	103
		VITRAKVI.....	XELJANZ XR.....	103
		VIVA DHA.....		
		VIVJOA.....		

XERMELO.....	80	ZENPEP.....	83
XGEVA.....	102	ZEPBOUND.....	50
XHANCE.....	78	zidovudine.....	15
XIFAXAN.....	7	ZIEXTENZO.....	37
XIGDUO XR.....	91	ZIPHEX.....	122
XIIDRA.....	78	ziprasidone hcl.....	68
XOFLUZA (40 MG DOSE)...	15	ziprasidone mesylate.....	68
XOFLUZA (80 MG DOSE)...	15	ZIRGAN.....	76
XOLAIR.....	106	ZOLINZA.....	26
XOSPATA.....	25	zolmitriptan.....	56
XPOVIO (100 MG ONCE		zolpidem tartrate.....	59
WEEKLY).....	25	zolpidem tartrate er.....	59
XPOVIO (40 MG ONCE		ZONISADE.....	55
WEEKLY).....	25	zonisamide.....	55,56
XPOVIO (40 MG TWICE		ZORYVE.....	113
WEEKLY).....	25	zovia 1/35 (28).....	96
XPOVIO (60 MG ONCE		zovia 1/35e (28).....	96
WEEKLY).....	25	ZTALMY.....	56
XPOVIO (60 MG TWICE		ZURZUVAE.....	68
WEEKLY).....	25	ZYDELIG.....	26
XPOVIO (80 MG ONCE		ZYKADIA.....	26
WEEKLY).....	25	ZYLET.....	76
XPOVIO (80 MG TWICE			
WEEKLY).....	25		
XTANDI.....	26		
xulane.....	96		

Y

YF-VAX.....	29
YORVIPATH.....	98
yuvaferm.....	97

Z

zafirlukast.....	106
zaleplon.....	59
ZALVIT.....	122
ZARXIO.....	37
ZEJULA.....	26
ZELAPAR.....	58
ZELBORAF.....	26
zenatane.....	113



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

**Esta Lista de medicamentos recetados disponibles fue actualizada el
11/01/2025 .**

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25015 Version 31