



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2025 Formulario Essential

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 09/01/2025 .

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 2501527

© 2025 Select Health. Todos los derechos reservados. 3445601 09/25

Y0165_3445601_ 27 _C

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aprobación OMB 0938-1421

© 2024 Select Health. Todos los derechos reservados. 3360954 07/24

Y0165_3360954_C

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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (lista de medicamentos recetados disponibles) para nuestro plan **que se encuentra vigente desde el** September 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 09/01/2025 . 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 (GENTAMICIN IN SALINE 0.8-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.2-0.9 MG/ML-% SOLUTION, GENTAMICIN IN SALINE 1.6-0.9 MG/ML-% SOLUTION)	2	IH, 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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NUZYRA 150 MG TAB	4	LC (30 cada 14 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
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)

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

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

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

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>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)
<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>casposfungin 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)

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

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

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

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>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	3	NM (No-Mantenimiento)
<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)

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

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>pyrazinamide 500 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifabutin 150 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<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)
TRECTOR 250 MG TAB	4	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)

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

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

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

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>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)
<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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)
EDURANT 25 MG TAB	5	LC (60 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)

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

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

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

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 100 MG PACKET	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ODEFSEY 200-25-25 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<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)

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
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)

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

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

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

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 450 mg tab</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<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)

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

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

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

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

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

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS

FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

<i>cyproheptadine hcl 2 mg/5ml syrup</i>	2	LC (4500 cada 30 dia(s))
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	3	
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUGTYRO 40 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
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))
BALVERSA (3 MG TAB, 4 MG TAB, 5 MG TAB)	5	AP, LC (84 cada 28 dia(s))
<i>bexarotene 75 mg cap</i>	5	AP
<i>bicalutamide 50 mg tab</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BOSULIF (400 MG TAB, 500 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
BOSULIF 50 MG CAP	5	AP, LC (210 cada 30 dia(s))
BRAFTOVI 75 MG CAP	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 80 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
CABOMETYX (20 MG TAB, 40 MG TAB, 60 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
CALQUENCE (100 MG CAP, 100 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
CAPRELSA (100 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) 80 & 20 KIT	5	AP
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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 (20 mg tab, 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))
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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
<i>hydroxyurea 500 mg cap</i>	2	
IBRANCE (75 MG CAP, 75 MG TAB, 100 MG CAP, 100 MG TAB, 125 MG CAP, 125 MG TAB)	5	AP, LC (21 cada 28 OVER TIME)
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<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))

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

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

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

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 (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (91 cada 28 dia(s))
KOSELUGO (10 MG CAP, 25 MG CAP)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
KRAZATI 200 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lapatinib ditosylate 250 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methotrexate sodium (pf) (methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 50 mg/2ml solution, methotrexate sodium (pf) 250 mg/10ml solution, methotrexate sodium (pf) 1 gm/40ml solution, methotrexate sodium (pf) 1000 mg/40ml solution)</i>	2	BVD
<i>methotrexate sodium 2.5 mg tab</i>	2	
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	
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))

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PIQRAY (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)
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RYDAPT 25 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SCEMBLIX 100 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
SCEMBLIX 20 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SCEMBLIX 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))
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))
TAGRISO (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))

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)
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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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
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 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 LFU INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)
VACCINES		
ABRYSVO 120 MCG/0.5ML RECON SOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)
ENGERIX-B (10 MCG/0.5ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSP PRSYR, 20 MCG/ML SUSPENSION)	3	BVD, \$0 (PREVENTIVE)
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 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 INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)
IXCHIQ RECONSOLN	3	AP, \$0 (PREVENTIVE)
IXIARO SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
JYNNEOS 0.5 ML SUSPENSION	3	\$0 (PREVENTIVE)
M-M-R II RECONSOLN	3	\$0 (PREVENTIVE)
MENQUADFI 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)
PRIORIX RECONSUSP	3	\$0 (PREVENTIVE)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)
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 SUSPENSION, 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 INJECTABLE	3	\$0 (PREVENTIVE)

DROGAS AUTÓNOMAS

ANTICHOLINERGIC AGENTS

ANORO ELLIPTA 62.5-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
--	---	------------------------

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
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 HANDHALER 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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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)
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
SKELETAL MUSCLE RELAXANTS		
<i>baclofen (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>carisoprodol 350 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>cyclobenzaprine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>dantrolene sodium (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	
<i>metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	3	
<i>methocarbamol (500 mg tab, 750 mg tab)</i>	2	
SOHONOS (1 MG CAP, 1.5 MG CAP, 2.5 MG CAP)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
SOHONOS 10 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
SOHONOS 5 MG CAP	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<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	

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

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

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

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>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
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>breyna (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

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

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

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

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>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	
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)

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

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

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

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>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
<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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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
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, 480 MCG/1.6ML SOLUTION)	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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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
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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
<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	

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

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

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

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>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)
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM 420 MG/3.5ML SOLN CART	3	AP, LC (3.5 cada 30 OVER TIME)
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	

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

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

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

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>betaxolol hcl (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<i>bisoprolol fumarate (5 mg tab, 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	
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
<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	

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

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

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

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>nifedipine er (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	1	
<i>nifedipine er osmotic release (er 30 mg tab er, er 60 mg tab er, er 90 mg tab er)</i>	1	
<i>nimodipine 30 mg cap</i>	2	
<i>nisoldipine er (nisoldipine er 34 mg tab er 24h, nisoldipine er 20 mg tab er 24h, nisoldipine er 25.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 30 mg tab er 24h, nisoldipine er 40 mg tab er 24h, nisoldipine er 8.5 mg tab er 24h, nisoldipine er 17 mg tab er 24h)</i>	2	
<i>olmesartan-amlodipine-hctz (20-5-12.5 mg tab, 40-10-12.5 mg tab, 40-10-25 mg tab, 40-5-12.5 mg tab, 40-5-25 mg tab)</i>	1	
TELMISARTAN-AMLODIPINE (40-10 MG TAB, 40-5 MG TAB, 80-10 MG TAB, 80-5 MG TAB)	1	
<i>tiadylt er (er 120 mg cap er, er 180 mg cap er, er 240 mg cap er, er 300 mg cap er, er 360 mg cap er, er 420 mg cap er)</i>	3	
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	

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

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

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

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>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	
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
KERENDIA (10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lisinopril (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide (10-12.5 mg tab, 20-12.5 mg tab, 20-25 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium (25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>losartan potassium-hctz (50-12.5 mg tab, 100-12.5 mg tab, 100-25 mg tab)</i>	1	
<i>moexipril hcl (7.5 mg tab, 15 mg tab)</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil (5 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz (20-12.5 mg tab, 40-12.5 mg tab, 40-25 mg tab)</i>	1	
PERINDOPRIL ERBUMINE (PERINDOPRIL ERBUMINE 2 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 8 MG TAB, PERINDOPRIL ERBUMINE 4 MG TAB)	1	
<i>quinapril hcl (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
<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))
--	---	-------------------------

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

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

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

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>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)
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>etodolac (200 mg cap, 400 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
<i>etodolac er (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 (flurbiprofen 100 mg tab, 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))
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)

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

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

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

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>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	
<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))

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

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

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

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>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))
<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))

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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))
<i>epitol 200 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	LC (480 cada 30 dia(s))
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>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 (4 MG TAB, 6 MG TAB, 8 MG TAB, 10 MG TAB, 12 MG TAB)	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 2 MG TAB	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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>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))
<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)

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

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

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

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 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))
LEVETIRACETAM 250 MG TAB	4	TE, LC (90 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))
<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>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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>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 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))
<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 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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	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))
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
REYVOW (50 MG TAB, 100 MG TAB)	4	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)
<i>sumatriptan succinate refill 4 mg/0.5ml soln cart</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)

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	
CARBIDOPA-LEVODOPA (CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB DISP, CARBIDOPA-LEVODOPA 10-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-100 MG TAB, CARBIDOPA-LEVODOPA 25-250 MG TAB)	2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 18.75-75-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 25-100-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 37.5-150-200 mg tab, carbidopa-levodopa-entacapone 31.25-125-200 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))
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ANXIOLYTICS, SEDATIVES, AND HYPNOTICS		
<i>alprazolam (0.25 mg tab 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>bupirone 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))
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lorazepam 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	
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
QELBREE 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 prsy, naloxone hcl 0.4 mg/ml soln cart, naloxone hcl 0.4 mg/ml solution, naloxone hcl 4 mg/10ml solution)</i>	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>naloxone hcl 0.4 mg/ml soln prsy</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	
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	

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
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	
<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

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

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

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

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>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))
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

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

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

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

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 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
<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

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

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>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
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	

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>lithium carbonate (lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 300 mg tab, lithium carbonate 600 mg cap, lithium carbonate 150 mg cap, lithium carbonate 300 mg cap, lithium carbonate 600 mg cap)</i>	2	
<i>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
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>paliperidone er (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	
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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>risperidone (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab)</i>	2	
<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))
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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
UZEDY 200 MG/0.56ML SUSP PRSYR	5	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))
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))

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

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

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

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 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>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
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	

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

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

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

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/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
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	

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

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

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

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>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	
JYNARQUE (15 MG TAB, 30 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<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 (tolvaptan 15 mg tab, tolvaptan 15 mg tab)</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan 30 mg tab</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>toremide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	3	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	1	

ION-REMOVING AGENTS

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	3	
LOKELMA 10 GM PACKET	3	LC (90 cada 30 dia(s))
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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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
<i>kcl in dextrose-nacl (in 10-5-0.45 meq/l-%-%, in 20-5-0.2 meq/l-%-%, in 20-5-0.225 meq/l-%-%, in 20-5-0.45 meq/l-%-%, in 20-5-0.9 meq/l-%-%, in 30-5-0.45 meq/l-%-%, in 40-5-0.45 meq/l-%-%, in 40-5-0.9 meq/l-%-%)</i>	2	IH
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	2	IH
<i>klor-con (8 tab er, 20 packet)</i>	3	
<i>klor-con 10 meq tab er</i>	3	
<i>klor-con m10 meq tab er</i>	3	
<i>klor-con m15 meq tab er</i>	4	
<i>klor-con m20 meq tab er</i>	3	
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION	3	IH
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	
<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	
XDEMYVY 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		
ARNUIITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	3	
<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	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	4	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>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
ANTIGLAUCOMA 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 f soln, 0.5 % (daily) solution, 0.5 % gel f 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>alose tron 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 (80 125 mg cap, 80 125 mg misc)</i>	3	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
<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 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>sucralfate 1 gm tab</i>	2	
<i>sucralfate 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	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	3	
<i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 15 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 30 mg tab disp, prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution)</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	
PREDNISON 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISON 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))
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))
SOLIQUA 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))
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))

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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 kit, glucagon emergency 1 mg kit)</i>	3	

CONTRACEPTIVES

<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>	3	
<i>apri 0.15-30 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>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 tab, 1-50 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	
<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	

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

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

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

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>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>kelnor 1/50 1-50 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	
<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	

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

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

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

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 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>norethin ace-eth estrad-fe 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe 1-20/1-30/1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<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>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 1/50 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	
<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	

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

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

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

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>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 0.1 mg/gm 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))
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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>yuvafem 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
LUPRON DEPOT (3-MONTH) (11.25 MG KIT, 22.5 MG KIT)	5	BVD
LUPRON DEPOT (4-MONTH) 30 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 (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 MINIQUICK (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	5	AP
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLN	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
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 VARIADOS		
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	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>metyrosine 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 packet, 100 mg tab, 500 mg packet)</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

BRONCHITOL 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
BRONCHITOL TOLERANCE TEST 40 MG CAP	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
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	

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

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>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	
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 (2 % gel, 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	

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

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

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

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>mupirocin calcium 2 % cream</i>	3	
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	3	
<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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>betamethasone 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	
<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	

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

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

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

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 (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	2	
<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>amnesteem (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)

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AZELEX 20 % CREAM	4	TE
<i>bexarotene 1 % gel</i>	5	AP
<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)
FILSUVEZ 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

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

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

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

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>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	
<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	
HYDROCORTISONE ACE-PRAMOXINE 1-1 % CREAM	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	

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

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

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

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 lite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit</i>	3	
<i>tridacaine ii 5 % patch</i>	3	
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS		
<i>roflumilast (250 mcg tab, 500 mcg tab)</i>	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>theophylline er (theophylline er 400 mg tab er 24h, theophylline er 600 mg tab er 24h, theophylline er 100 mg tab er 12h, theophylline er 300 mg tab er 12h, theophylline er 200 mg tab er 12h)</i>	3	
SUMINISTROS		
AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 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))
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD PEN NEEDLE NANO U/F 32GX4MMMISC	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))
ESSENTRA 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))

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

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 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))
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 31G 8 MISC, PEN 32G 4 MISC, PEN 32G 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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ULTICARE INSULIN SAFETY SYR (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ULTILET INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	
CITRANATAL RX 27-1 MG TAB	3	
CO-NATAL FA TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
EMBRIVA 13-1 MG TAB	3	
FOLATEXCEL 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 1 MG TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	3	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	
OB COMPLETE ONE 50-1-476 MG CAP	3	
OB COMPLETE PETITE 35-5-1-200 MG CAP	3	
OB COMPLETE PREMIER 30-20-1 MG TAB	3	
OB COMPLETE/DHA 30-10-1-200 MG CAP	3	
OBSTETRIX 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	

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

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

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

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 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS IRON 29-1 MG TAB	3	
PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL 27-1 MG TAB	3	
PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON 27-1 MG TAB	3	
PRENATE DHA 18-0.6-0.4-300 MG CAP	3	
PRENATE ELITE 20-0.6-0.4 MG TAB	3	
PRENATE ENHANCE 28-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATE MINI 18-0.6-0.4-350 MG CAP	3	
PRENATE PIXIE 10-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
PRENATE RESTORE 27-0.6-0.4-400 MG CAP	3	
PRENATRIX 27-1 MG TAB	3	
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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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	
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	
TRIVEEN-DUO DHA 29-1-200 & 300 MG MISC	3	
VINATE II 29-1 MG TAB	3	
VINATE ONE 60-1 MG TAB	3	
VIRT-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP	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	

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
VITAFOL-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	
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		
abacavir sulfate	10	alendronate sodium
abacavir sulfate-lamivudine	10	alfuzosin hcl er
abigale lo	91	aliskiren fumarate
ABILIFY ASIMTUFII	61	allopurinol
ABILIFY MAINTENA	61	ALOGLIPTIN BENZOATE
abiraterone acetate	16	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL
abirtega	16	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE
ABRYSSVO	27	alosetron hcl
acamprosate calcium	101	ALPHAGAN P
acarbose	86	alprazolam
accutane	111	alprazolam er
acebutolol hcl	39	ALPRAZOLAM INTENSOL
acetaminophen-codeine	46	alprazolam xr
acetazolamide	102	ALTRENO
acetazolamide er	102	ALTRIXA OB
acetic acid	80	ALUNBRIG
acetylcysteine	101	amantadine hcl
acitretin	111	ambrisentan
ACTHIB	28	amikacin sulfate
ACTIMMUNE	103	amiloride hcl
acyclovir	10,107	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE
acyclovir sodium	10	amiodarone hcl
ADACEL	27	amitriptyline hcl
adapalene	111	AMJEVITA
adapalene-benzoyl peroxide	111	amlodipine besy-benazepril hcl
ADBRY	111	amlodipine besylate
adefovir dipivoxil	10	amlodipine besylate-valsartan
ADEMPAS	107	amlodipine-atorvastatin
agoneaze	113	amlodipine-olmesartan
AJOVY	56	ammonium lactate
ak-poly-bac	75	amnesteem
AKEEGA	16	amoxapine
albendazole	1	AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ
albuterol sulfate	32,33	amoxicillin
albuterol sulfate hfa	33	amoxicillin-pot clavulanate
ALBUTEROL SULFATE HFA	33	ALECENSA
alclometasone dipropionate	109	
AMPHOTERICIN B	7	
amphotericin b liposome	7	
ampicillin	1	
ampicillin sodium	1	
ampicillin-sulbactam sodium	1	
anagrelide hcl	34	
anastrozole	96	
ANORO ELLIPTA	29	
APLENZIN	61	
apomorphine hcl	57	
APRACLONIDINE HCL	80	
aprepitant	80	
apri	91	
APTIVUS	10	
AQ INSULIN SYRINGE	115	
AQINJECT PEN NEEDLE	115	
AQNEURSA	104	
aranelle	92	
ARANESP (ALBUMIN FREE)	36	
ARCALYST	104	
AREXVY	28	
arformoterol tartrate	33	
ARIKAYCE	1	
aripiprazole	61,62	
ARISTADA	62	
ARISTADA INITIO	62	
armodafinil	49	
ARNUIITY ELLIPTA	77	
ascomp-codeine	47	
asenapine maleate	62	
ASMANEX (120 METERED DOSES)	84	
ASMANEX (30 METERED DOSES)	84	
ASMANEX (60 METERED DOSES)	84	
ASMANEX HFA	84,85	
aspirin-dipyridamole er	46	

ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR.....	115	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.....	40
atenolol-chlorthalidone.....	39	BARACLUDE.....	10	bisoprolol-hydrochlorothiazide.	40
atomoxetine hcl.....	60	BAXDELA.....	2	BIVIGAM.....	26
atorvastatin calcium.....	38	BCG VACCINE.....	28	blisovi fe 1.5/30.....	92
atovaquone.....	9	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	117	BOOSTRIX.....	27
atovaquone-proguanil hcl.....	9	BD PEN NEEDLE NANO U/F.....	115	bosentan.....	107
ATROVENT HFA.....	30	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	115	BOSULIF.....	17
AUGTYRO.....	16,17	BELMOPROL HCL.....	44	BRAFTOVI.....	17
AUSTEDO.....	69	benazepril- hydrochlorothiazide.....	44	BREO ELLIPTA.....	33
AUSTEDO XR.....	69	BENLYSTA.....	104	breyndia.....	33
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	70	benzoyl peroxide- erythromycin.....	107	BREZTRI AEROSPHERE.....	30
AUVELITY.....	62	benztropine mesylate.....	57	briellyn.....	92
AUVI-Q.....	33	bepotastine besilate.....	78	brimonidine tartrate.....	79
aviane.....	92	BESIVANCE.....	75	brinzolamide.....	79
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	17	BESREMI.....	103	BRIVIACT.....	51
AYVAKIT.....	17	betaine.....	104	bromfenac sodium (once-daily)	77
AZASITE.....	75	betamethasone dipropionate.....	109	bromocriptine mesylate.....	57
azathioprine.....	103	aug.....	109	BRONCHITOL.....	107
azelaic acid.....	111	betamethasone valerate.....	110	BRONCHITOL TOLERANCE TEST.....	107
azelastine hcl.....	78	betaxolol hcl.....	40	BRUKINSA.....	17
azelastine-fluticasone.....	106	BETAXOLOL HCL.....	79	budesonide.....	85
AZELEX.....	112	bethanechol chloride.....	31	budesonide er.....	80
AZESCO.....	117	BETOPTIC-S.....	79	budesonide-formoterol fumarate.....	33
azithromycin.....	1,2	BEVESPI AEROSPHERE.....	30	bumetanide.....	71
aztreonam.....	2	bexarotene.....	17,112	buprenorphine.....	47
azurette.....	92	BEXSERO.....	28	buprenorphine hcl.....	47
B		bicalutamide.....	17	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	47
bac (butalbital-acetamin-caff)	47	BICILLIN C-R.....	2	bupropion hcl.....	62
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	75	BICILLIN C-R 900/300.....	2	bupropion hcl er (smoking det).	62
BACITRACIN.....	75	BICILLIN L-A.....	2	bupropion hcl er (sr).....	62
bacitracin-polymyxin b.....	75			bupropion hcl er (xl).....	62
baclofen.....	32			buspirone hcl.....	59
				butalbital-apap-caff-cod.....	47
				butalbital-apap-caffeine.....	47

butalbital-asa-caff-codeine	47	cefdinir	2	CITRANATAL B-CALM	117
butalbital-aspirin-caffeine	47	cefepime hcl	2	CITRANATAL DHA	118
C		cefixime	2	CITRANATAL HARMONY	118
C-NATE DHA	117	cefoxitin sodium	2	CITRANATAL RX	118
cabergoline	57	CEFPODOXIME PROXETIL	3	claravis	112
CABLIVI	34	cefprozil	3	clarithromycin	3
CABOMETYX	17	CEFTAZIDIME	3	clarithromycin er	3
calcipotriene	112	ceftriaxone sodium	3	CLENPIQ	82
calcipotriene-betameth		cefuroxime axetil	3	CLEOCIN	108
diprop	110	cefuroxime sodium	3	clindamycin hcl	3
calcitonin (salmon)	98	celecoxib	47	clindamycin palmitate hcl	3
CALCITRIOL	112	cephalexin	3	clindamycin phos (once-daily)	108
calcitriol	117	cetirizine hcl	16	clindamycin phos (twice-daily)	108
CALQUENCE	17	cevimeline hcl	31	clindamycin phos-benzoyl	
camila	92	CHEMET	84	perox	108
candesartan cilexetil	44	CHENODAL	82	clindamycin phosphate	3,108
candesartan cilexetil-hctz	44	chlorhexidine gluconate	75	clindamycin phosphate in d5w	3
CAPLYTA	62	chloroquine phosphate	9	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPRELSA	17	chlorpromazine hcl	62	(2.75/5)	70
captopril	44	CHLORPROMAZINE HCL	62	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine	51	chlorthalidone	72	(4.25/10)	70
CARBAMAZEPINE	51	CHOLBAM	83	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine er	51	cholestyramine	38	(4.25/5)	70
carbidopa	57	cholestyramine light	38	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARBIDOPA-LEVODOPA	57	CIBINQO	112	(5/15)	70
carbidopa-levodopa er	57	ciclopirox	108	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa-		ciclopirox olamine	108	(5/20)	70
entacapone	58	cilostazol	34	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carglumic acid	70	CILOXAN	75	(8/10)	70
carisoprodol	32	CIMDUO	10	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CARTEOLOL HCL	40	cimetidine	81	(8/14)	70
cartia xt	41	cinacalcet hcl	98	CLINIMIX/DEXTROSE	
carvedilol	40	CIPRO HC	75	(4.25/10)	71
carvedilol phosphate er	40	ciprofloxacin hcl	3,75	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	71
casprofungin acetate	7	ciprofloxacin in d5w	3	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	71
CAYSTON	2	ciprofloxacin-dexamethasone	75	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	71
CEFACLOR	2	citalopram hydrobromide	62	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)	71
CEFACLOR ER	2	CITALOPRAM		CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)	71
cefadroxil	2	HYDROBROMIDE	62	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)	71
cefazolin sodium	2	CITRANATAL 90 DHA	117	clinisol sf	71
		CITRANATAL ASSURE	117	clobazam	51

clobetasol prop emollient base.....	110	cromolyn sodium.....	106	DESVENLAFAXINE ER.....	63
clobetasol propionate.....	110	CROMOLYN SODIUM.....	106	desvenlafaxine succinate er....	63
clobetasol propionate e.....	110	cryselle-28.....	92	dexamethasone.....	85
clomipramine hcl.....	62	cyclobenzaprine hcl.....	32	DEXAMETHASONE.....	85
clonazepam.....	51	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	18	DEXAMETHASONE SODIUM	
clonidine.....	43	cyclosporine.....	77,104	PHOSPHATE.....	77
clonidine hcl.....	43	cyclosporine modified.....	104	dexmethylphenidate hcl er....	49
clonidine hcl er.....	43	cyproheptadine hcl.....	16	dextroamphetamine sulfate....	49
clopidogrel bisulfate.....	34	CYSTADROPS.....	80	dextroamphetamine sulfate er..	50
clorazepate dipotassium.....	59	CYSTAGON.....	104	dextrose.....	71
clotrimazole.....	108	CYSTARAN.....	80	DEXTROSE-NACL.....	73
clotrimazole-		D		dextrose-sodium chloride.....	73
betamethasone.....	108	dabigatran etexilate mesylate..	34	DIACOMIT.....	51
clozapine.....	63	dalfampridine er.....	105	diazepam.....	59
CO-NATAL FA.....	118	DALVANCE.....	4	diazepam intensol.....	59
COARTEM.....	9	danazol.....	86	diazoxide.....	91
COBENFY.....	63	dantrolene sodium.....	32	diclofenac potassium.....	47
COBENFY STARTER PACK.....	63	DANZITEN.....	18	diclofenac potassium(migraine)	47
colchicine.....	101	dapsone.....	8,112	diclofenac sodium.....	47,77,110
colchicine-probenecid.....	75	DAPTACEL.....	27	diclofenac sodium er.....	47
colesevelam hcl.....	38	daptomycin.....	4	dicloxacillin sodium.....	4
colestipol hcl.....	38	darifenacin hydrobromide er..	114	dicyclomine hcl.....	30
colistimethate sodium (cba)...	4	darunavir.....	10	DIFICID.....	4
COMBIGAN.....	79	dasatinib.....	18	diflunisal.....	47
COMBIVENT RESPIMAT.....	30	DAURISMO.....	18	difluprednate.....	77
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	17	deferasirox.....	84	digoxin.....	42,43
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	17	deferasirox granules.....	84	dihydroergotamine mesylate...	32
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	17	deferiprone.....	84	DILANTIN.....	51,52
COMPLETE NATAL DHA.....	118	DELSTRIGO.....	10	DILANTIN INFATABS.....	52
COMPLETENATE.....	118	DEPO-ESTRADIOL.....	96	DILANTIN-125.....	52
compro.....	63	DEPO-SUBQ PROVERA.....	104,99	dilt-xr.....	41
constulose.....	70	depo-testosterone.....	86	diltiazem hcl.....	41
COPIKTRA.....	17	DERMACINRX PRETRATE.....	118	diltiazem hcl er.....	41
CORLANOR.....	42	DESCOVY.....	11	diltiazem hcl er beads.....	41
COTELLIC.....	17	desipramine hcl.....	63	diltiazem hcl er coated beads..	41
CREON.....	82	desloratadine.....	16	dimethyl fumarate.....	103
CRINONE.....	99	desmopressin ace spray refrig	98	dimethyl fumarate starter	
		desmopressin acetate.....	98	pack.....	103
		desonide.....	110	DIPENTUM.....	80
		desoximetasone.....	110	diphenoxylate-atropine.....	30
				DIPHENOXYLATE-ATROPINE	30

disulfiram.....	101	efavirenz.....	11	EPRONTIA.....	52
DIURIL.....	72	efavirenz-emtricitab-tenofo df.	11	EQUETRO.....	52
divalproex sodium.....	52	efavirenz-lamivudine-tenofovir	11	ERIVEDGE.....	18
divalproex sodium er.....	52	eletriptan hydrobromide.....	56	ERLEADA.....	18
dofetilide.....	43	ELIGARD.....	97	erlotinib hcl.....	18
dolishale.....	92	ELIQUIS.....	34	errin.....	92
donepezil hcl.....	31	ELIQUIS DVT/PE STARTER		ertapenem sodium.....	4
DOPTELET.....	36	PACK.....	34	ERY.....	108
dorzolamide hcl.....	79	ELMIRON.....	105	erythrocin lactobionate.....	4
dorzolamide hcl-timolol mal..	79	eltrombopag olamine.....	36	erythromycin.....	4,75,108
dorzolamide hcl-timolol mal		eluryng.....	92	erythromycin base.....	4
pf.....	79	EMBECTA INSULIN		erythromycin ethylsuccinate....	4
dotti.....	96	SYRINGE.....	115	erythromycin lactobionate.....	5
DOVATO.....	11	EMBECTA INSULIN SYRINGE		ERZOFRI.....	63,64
doxazosin mesylate.....	38	U-500.....	117	escitalopram oxalate.....	64
doxepin hcl.....	63	EMBRIVA.....	118	eslicarbazepine acetate.....	52
doxercalciferol.....	117	EMGALITY.....	56	esomeprazole magnesium.....	81
doxy 100.....	4	EMGALITY (300 MG DOSE)..	56	ESSENTRA WIPES 9X9".....	115
doxycycline hyclate.....	4	EMSAM.....	63	estarylla.....	92
doxycycline monohydrate....	4	emtricitab-rilpivir-tenofov df..	11	estradiol.....	96
DRIZALMA SPRINKLE.....	63	emtricitabine.....	11	estradiol-norethindrone acet...	92
dronabinol.....	80	emtricitabine-tenofovir df.....	11	eszopiclone.....	59
DROPSAFE SAFETY		EMTRIVA.....	11	ethacrynic acid.....	72
SYRINGE/NEEDLE.....	115	enalapril maleate.....	44	ethambutol hcl.....	8
drosipren-eth estrad-		enalapril-hydrochlorothiazide..	44	ethosuximide.....	52
levomefol.....	92	ENGERIX-B.....	28	ethynodiol diac-eth estradiol...	92
drosiprenone-ethinyl		enilloring.....	92	etodolac.....	48
estradiol.....	92	enoxaparin sodium.....	35	etodolac er.....	48
droxidopa.....	33	ENSPRYNG.....	104	etonogestrel-ethinyl estradiol..	92
DUAVEE.....	96	ENSTILAR.....	110	etravirine.....	11
DUET DHA 400.....	118	entacapone.....	58	EUCRISA.....	110
DUET DHA BALANCED.....	118	entecavir.....	11	EULEXIN.....	18
duloxetine hcl.....	63	ENTRESTO.....	44	EVENITY.....	101
DUPIXENT.....	112	enulose.....	70	everolimus.....	18
dutasteride.....	100	ENVARUSUS XR.....	104	EVOTAZ.....	11
dutasteride-tamsulosin hcl...	32	EPIDIOLEX.....	52	exemestane.....	96
		EPINEPHRINE.....	33	ezetimibe.....	38
		epinephrine.....	33	ezetimibe-simvastatin.....	38
		epitol.....	52		
		eplerenone.....	44		
		EPOGEN.....	36		

E

econazole nitrate..... 108
EDARBYCLOR..... 44
EDURANT..... 11

F

famciclovir..... 11

famotidine.....	81	fluocinolone acetonide scalp.....	110
FANAPT.....	64	fluocinonide.....	110
FANAPT TITRATION PACK		fluocinonide emulsified base.....	110
A.....	64	fluorometholone.....	77
FARXIGA.....	86	fluorouracil.....	112
FASENRA.....	106	fluoxetine hcl.....	64
FASENRA PEN.....	106	FLUOXETINE HCL.....	64
febuxostat.....	101	FLUOXETINE HCL (PMDD).....	64
feirza 1.5/30.....	92	fluphenazine decanoate.....	64
feirza 1/20.....	92	fluphenazine hcl.....	64
felbamate.....	52	FLUPHENAZINE HCL.....	64
felodipine er.....	41	flurbiprofen.....	48
FEMRING.....	96	FLURBIPROFEN SODIUM.....	77
fenofibrate.....	38	fluticasone propionate.....	77,110
fenofibrate micronized.....	38	FLUTICASONE PROPIONATE	
fenofibric acid.....	38	DISKUS.....	77
fenoprofen calcium.....	48	FLUTICASONE PROPIONATE	
fentanyl.....	48	HFA.....	77
FERRIPROX.....	84	fluticasone-salmeterol.....	33
fesoterodine fumarate er.....	114	FLUTICASONE-	
FETZIMA.....	64	SALMETEROL.....	33
FETZIMA TITRATION.....	64	fluvastatin sodium.....	38
FILSPARI.....	105	fluvoxamine maleate.....	65
FILSUVEZ.....	112	fluvoxamine maleate er.....	65
FINACEA.....	112	FML FORTE.....	77
finasteride.....	100	FOLATEXCEL.....	118
finngolimod hcl.....	103	fondaparinux sodium.....	35
FINTEPLA.....	52	formoterol fumarate.....	33
FIRDAPSE.....	105	fosamprenavir calcium.....	11
FIRMAGON.....	97	fosfomycin tromethamine.....	15
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	97	fosinopril sodium.....	44
FIRVANQ.....	5	fosinopril sodium-hctz.....	44
FLAREX.....	77	FOTIVDA.....	18
flavoxate hcl.....	114	frovatriptan succinate.....	56
flecainide acetate.....	43	FRUZAQLA.....	18
fluconazole.....	7	FULPHILA.....	36
fluconazole in sodium chloride.....	7	furosemide.....	43,72
flucytosine.....	7	FUROSEMIDE.....	72
fludrocortisone acetate.....	85	fyavolv.....	92
flunisolide.....	77	FYCOMPA.....	52
fluocinolone acetonide.....	77,110	FYLNETRA.....	36

G

gabapentin.....	53
galantamine hydrobromide.....	31
GALANTAMINE	
HYDROBROMIDE.....	31
galantamine hydrobromide er.....	31
gallifrey.....	92
GAMMAGARD.....	26
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26
GAMMAKED.....	26
GAMMAPLEX.....	27
GAMUNEX-C.....	27
GARDASIL 9.....	28
gatifloxacin.....	75
GAVILYTE-C.....	82
gavilyte-g.....	82
gavilyte-n with flavor pack.....	82
GAVRETO.....	18
gefitinib.....	18
gemfibrozil.....	39
GEMTESA.....	114
generlac.....	70
gengraf.....	104
GENOTROPIN.....	99
GENOTROPIN MINIQUEICK.....	98
GENTAMICIN IN SALINE.....	5
gentamicin sulfate.....	5,76,108
GENVOYA.....	11
GILOTRIF.....	18
glatiramer acetate.....	103
glatopa.....	103
GLEOSTINE.....	18,19
glimepiride.....	86
glipizide.....	87
glipizide er.....	87
glipizide xl.....	87
glipizide-metformin hcl.....	87
glucagon emergency.....	91
glyburide-metformin.....	87
glycopyrrolate.....	30

GLYXAMBI.....	87	hydrochlorothiazide.....	72	INCRUSE ELLIPTA.....	30
GOMEKLI.....	19	hydrocodone-acetaminophen.....	48	indapamide.....	72
granisetron hcl.....	81	HYDROCODONE-		indomethacin.....	48
GRANIX.....	36	ACETAMINOPHEN.....	48	INFANRIX.....	27
griseofulvin microsize.....	7	hydrocortisone.....	85,111	INLYTA.....	19
griseofulvin ultramicrosize.....	8	hydrocortisone (perianal).....	111	INQOVI.....	19
guanfacine hcl er.....	60	HYDROCORTISONE ACE-		INREBIC.....	19
		PRAMOXINE.....	113	INSULIN ASP PROT & ASP	
H		hydrocortisone-acetic acid.....	77	FLEXPEN.....	87
HADLIMA.....	102	hydromorphone hcl.....	48	INSULIN ASPART.....	88
HADLIMA PUSHTOUCH.....	102	hydroxychloroquine sulfate.....	9	INSULIN ASPART FLEXPEN.....	88
HAEGARDA.....	102	hydroxyurea.....	19	INSULIN ASPART PENFILL.....	88
hailey 24 fe.....	92	hydroxyzine hcl.....	59	INSULIN ASPART PROT &	
halobetasol propionate.....	110	hydroxyzine pamoate.....	59	ASPART.....	88
haloette.....	92	HYFTOR.....	112	INSULIN DEGLUDEC.....	88
haloperidol.....	65			INSULIN DEGLUDEC	
haloperidol decanoate.....	65	I		FLEXTOUCH.....	88
haloperidol lactate.....	65	ibandronate sodium.....	101	INSULIN LISPRO.....	88
HAVRIX.....	28	IBRANCE.....	19	INSULIN LISPRO (1 UNIT	
heather.....	92	ibu.....	48	DIAL).....	88
HEMADY.....	85	ibuprofen.....	48	INSULIN LISPRO JUNIOR	
heparin sodium (porcine).....	35	icatibant acetate.....	102	KWIKPEN.....	88
heparin sodium (porcine) pf.....	35	iclevia.....	93	INSULIN LISPRO PROT &	
HEPLISAV-B.....	28	ICLUSIG.....	19	LISPRO.....	88
HETLIOZ LQ.....	59	icosapent ethyl.....	39	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
HIBERIX.....	28	IDHIFA.....	19	100.....	115,116
HUMALOG.....	87	ILEVRO.....	77	INTELENCE.....	11
HUMALOG JUNIOR		imatinib mesylate.....	19	INTRAROSA.....	85
KWIKPEN.....	87	IMBRUVICA.....	19	introvale.....	93
HUMALOG KWIKPEN.....	87	imipenem-cilastatin.....	5	INVEGA HAFYERA.....	65
HUMALOG MIX 50/50.....	87	imipramine hcl.....	65	INVEGA SUSTENNA.....	65
HUMALOG MIX 50/50		imipramine pamoate.....	65	INVEGA TRINZA.....	65
KWIKPEN.....	87	imiquimod.....	112	IOPIDINE.....	80
HUMALOG MIX 75/25.....	87	IMKELDI.....	19	IPOL.....	28
HUMALOG MIX 75/25		IMOVAX RABIES.....	28	ipratropium bromide.....	30,80
KWIKPEN.....	87	IMPAVIDO.....	9	ipratropium-albuterol.....	30
HUMULIN R U-500		IMVEXXY MAINTENANCE		irbesartan.....	44
(CONCENTRATED).....	87	PACK.....	96	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	44
HUMULIN R U-500		IMVEXXY STARTER PACK.....	96	ISENTRESS.....	11,12
KWIKPEN.....	87	INATAL GT.....	118	ISENTRESS HD.....	12
hydralazine hcl.....	43	INCRELEX.....	99	ISOLYTE-P IN D5W.....	71

ISOLYTE-S PH 7.4	73	KALYDECO	107	LAMICTAL ODT	53
isoniazid	8	kariva	93	lamivudine	12
isosorbide dinitrate	46	kcl in dextrose-nacl	73	lamivudine-zidovudine	12
isosorbide mononitrate	46	KCL-LACTATED RINGERS-		lamotrigine	53
isosorbide mononitrate er	46	D5W	73	lamotrigine er	53
isotretinoin	112	kelnor 1/35	93	lamotrigine starter kit-blue	53
isradipine	41	kelnor 1/50	93	lamotrigine starter kit-green	54
ISTURISA	105	KERENDIA	45	lamotrigine starter kit-orange	54
ITOVEBI	19	ketoconazole	8,108	LAMPIT	9
itraconazole	8	ketorolac tromethamine	78	lansoprazole	81
ivabradine hcl	43	KEVEYIS	102	LANTUS	89
ivermectin	1,108	KINRIX	27	LANTUS SOLOSTAR	89
IWILFIN	19	kionex	72	lapatinib ditosylate	20
IXCHIQ	28	KISQALI (200 MG DOSE)	20	latanoprost	79
IXIARO	28	KISQALI (400 MG DOSE)	20	LAZCLUZE	20
		KISQALI (600 MG DOSE)	20	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	12
		KISQALI FEMARA (200 MG		leflunomide	102
		DOSE)	20	lenalidomide	20
jaimiess	93	KISQALI FEMARA (400 MG		LENVIMA (10 MG DAILY	
JAKAFI	19	DOSE)	20	DOSE)	20
jantoven	35	KISQALI FEMARA (600 MG		LENVIMA (12 MG DAILY	
JANUMET	88	DOSE)	20	DOSE)	20
JANUMET XR	88	klayesta	108	LENVIMA (14 MG DAILY	
JANUVIA	88	klor-con	73	DOSE)	20
JARDIANCE	88	klor-con 10	73	LENVIMA (18 MG DAILY	
jasmiel	93	klor-con m10	73	DOSE)	20
JAYPIRCA	19	klor-con m15	73	LENVIMA (20 MG DAILY	
JENTADUETO	88	klor-con m20	73	DOSE)	20
JENTADUETO XR	88,89	KOSELUGO	20	LENVIMA (24 MG DAILY	
jinteli	93	KOSHER PRENATAL PLUS		DOSE)	20
JULUCA	12	IRON	118	LENVIMA (4 MG DAILY	
junel 1.5/30	93	kourzeq	78	DOSE)	20
junel 1/20	93	KRAZATI	20	LENVIMA (8 MG DAILY	
junel fe 1.5/30	93	KRINTAFEL	9	DOSE)	20
junel fe 1/20	93			lessina	93
junel fe 24	93	L		letrozole	96
JUXTAPID	39	l-glutamine	105	leucovorin calcium	101
JYNARQUE	72	labetalol hcl	40	LEUKERAN	21
JYNNEOS	28	lacosamide	53	LEUKINE	36
		lactulose	70	leuprolide acetate	97
K		lactulose encephalopathy	70		
KALETRA	12				

LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	97	loestrin fe 1/20	94	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	21
levabuterol hcl	34	LOKELMA	72	M	
LEVALBUTEROL TARTRATE	34	LONSURF	21	M-M-R II	28
levetiracetam	54	loperamide hcl	80	M-NATAL PLUS	118
LEVETIRACETAM	54	lopinavir-ritonavir	12	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYR	116
levetiracetam er	54	lorazepam	59	magnesium sulfate	54
LEVOBUNOLOL HCL	79	lorazepam intensol	60	MARATHON MEDICAL	
levocetirizine dihydrochloride	16	LORBRENA	21	PENTIPS	116
levofloxacin	5	loryna	94	maraviroc	12
LEVOFLOXACIN	76	losartan potassium	45	marlissa	94
levofloxacin in d5w	5	losartan potassium-hctz	45	MARPLAN	66
levonest	93	LOTEMAX	78	MATERVIA	118
levonorg-eth estrad triphasic	93	LOTEMAX SM	78	MATULANE	21
levonorgest-eth estrad 91-day	93	loteprednol etabonate	78	matzim la	41
levonorgestrel-ethinyl estrad	93	lovastatin	39	MAVYRET	12
levora 0.15/30 (28)	93	loxapine succinate	66	MAXIDEX	78
levothyroxine sodium	100	lubiprostone	83	MECLOFENAMATE SODIUM	48
levoxyl	100	LUMAKRAS	21	medroxyprogesterone acetate	99
lidocaine	113	LUMIGAN	79	mefloquine hcl	9
lidocaine viscous hcl	113	LUPKYNIS	104	megestrol acetate	99
lidocaine-prilocaine	113	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	97	MEKINIST	21
lidocan	113	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	97	MEKTOVI	21
LILETTA (52 MG)	93	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	97	meleya	94
linezolid	5	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	98	meloxicam	48
LINZESS	83	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	98	memantine hcl	60
liothyronine sodium	100	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	98	memantine hcl er	60
lisdexamfetamine dimesylate	50	lurasidone hcl	66	MENQUADFI	28
lisinopril	45	lutera	94	MENVEO	28
lisinopril-hydrochlorothiazide	45	LYBALVI	66	mercaptopurine	21
lithium	65	lyleq	94	meropenem	5
lithium carbonate	66	lyllana	96	merzee	94
lithium carbonate er	66	LYNPARZA	21	mesalamine	80
livixil pak	113	LYSODREN	21	mesalamine er	80
LIVTENCITY	12	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	21	mesna	105
LO LOESTRIN FE	93	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	21	metaxalone	32
loestrin 1.5/30 (21)	93			metformin hcl	89
loestrin 1/20 (21)	93			metformin hcl er	89
loestrin fe 1.5/30	93			methadone hcl	48

methazolamide	79	misoprostol	81	naproxen	49
methenamine hippurate	15	modafinil	50	naproxen sodium	49
methimazole	100	moexipril hcl	45	naratriptan hcl	56
methocarbamol	32	MOLINDONE HCL	66	NATACHEW	118
METHOTREXATE SODIUM	21	mometasone furoate	78,111	NATALVIT	118
methotrexate sodium	22	MONOJECT INSULIN		nateglinide	89
methotrexate sodium (pf)	22	SYRINGE	116	NAYZILAM	60
METHOXSALLEN RAPID	112	MONOJECT ULTRA COMFORT		nebivolol hcl	40
methscopolamine bromide	30	SYRINGE	116	necon 0.5/35 (28)	94
methsuximide	54	montelukast sodium	106	NEFAZODONE HCL	66
methylphenidate	50	morphine sulfate	48	NEO-VITAL RX	118
methylphenidate hcl	50	morphine sulfate er	48,49	NEOMATERNA	118
methylphenidate hcl er	50	MOUNJARO	89	neomycin sulfate	5
methylphenidate hcl er (cd)	50	MOVANTIK	83	neomycin-bacitracin zn-	
methylphenidate hcl er (la)	50	moxifloxacin hcl	5,76	polymyx	76
methylphenidate hcl er (osm)	50	MOXIFLOXACIN HCL IN		neomycin-polymyxin-dexameth	76
methylprednisolone	85	NACL	5	NEOMYCIN-POLYMYXIN-	
metoclopramide hcl	83	MRESVIA	28	GRAMICIDIN	76
METOCLOPRAMIDE HCL	83	MULPLETA	36	neomycin-polymyxin-hc	76
metolazone	72	MULTAQ	43	NEONATAL + DHA	118
metoprolol succinate er	40	MULTI-MAC	118	NEONATAL COMPLETE	118
metoprolol tartrate	40	MULTIPLE ELECTRO TYPE 1		NEONATAL PLUS	119
metoprolol-		PH 5.5	73	NERLYNX	22
hydrochlorothiazide	40	mupirocin	108	NESTABS	119
metronidazole	9,108	mupirocin calcium	109	NESTABS DHA	119
metyrosine	105	MYALEPT	105	NEULASTA	36
mexiletine hcl	43	mycophenolate mofetil	104	NEUPOGEN	37
micafungin sodium	8	mycophenolate sodium	104	NEVANAC	78
MICONAZOLE 3	108	mycophenolic acid	104	nevirapine	12
microgestin 1.5/30	94	MYFEMBREE	98	NEVIRAPINE	12
microgestin 1/20	94	MYRBETRIQ	114	nevirapine er	12
microgestin fe 1.5/30	94	N		NEXLETOL	39
microgestin fe 1/20	94	na sulfate-k sulfate-mg sulf	82	NEXLIZET	39
midodrine hcl	34	nabumetone	49	NEXPLANON	94
mifepristone	89	nadolol	40	niacin er (antihyperlipidemic)	39
MIGLITOL	89	nafcillin sodium	5	nicardipine hcl	41
mili	94	nafrinse	118	NICOTROL NS	31
mimvey	94	naftifine hcl	109	nifedipine	41
minocycline hcl	5	naloxone hcl	61	nifedipine er	42
minoxidil	43	naltrexone hcl	61	nifedipine er osmotic release	42
mirtazapine	66			nilotinib hcl	22

nilutamide	22	NOVOLOG FLEXPEN		olanzapine-fluoxetine hcl	66
nimodipine	42	RELION	89	olmesartan medoxomil	45
NIMODIPINE	44	NOVOLOG MIX 70/30	89	olmesartan medoxomil-hctz	45
NINLARO	22	NOVOLOG MIX 70/30		olmesartan-amlodipine-hctz	42
nisoldipine er	42	FLEXPEN	89	olopatadine hcl	78
nitazoxanide	9	NOVOLOG MIX 70/30		omega-3-acid ethyl esters	39
nitisinone	105	RELION	89	omeprazole	81
NITRO-BID	46	NOVOLOG PENFILL	89	OMNARIS	78
nitrofurantoin	15	NOVOLOG RELION	89	OMNITROPE	98,99
nitrofurantoin macrocrystal	15	NOXAFIL	8	ondansetron	81
nitrofurantoin monohyd		NUBEQA	22	ondansetron hcl	81
macro	15	NUPLAZID	66	ONUREG	22
nitroglycerin	46	NURTEC	56	OPIPZA	66
NITROLINGUAL	46	NUTRILIPID	71	OPSUMIT	107
NITYR	105	NUZYRA	5,6	ORFADIN	105
NIVESTYM	37	nyamyc	109	ORGOVYX	98
NIZATIDINE	81	nylia 1/35	95	ORIAHNN	97
norelgestromin-eth estradiol	94	nylia 7/7/7	95	ORLISSA	98
norethin ace-eth estrad-fe	94	NYMALIZE	44	ORKAMBI	107
norethindron-ethinyl estrad-		nystatin	8,109	ORLADEYO	102
fe	94	nystatin-triamcinolone	109	ORSERDU	22
norethindrone	94	nystop	109	oseltamivir phosphate	13
norethindrone acet-ethinyl		NYVEPRIA	37	OSPHENA	97
est	94			oxcarbazepine	54
norethindrone acetate	94	O		oxcarbazepine er	54
norethindrone-eth estradiol	94	OB COMPLETE ONE	119	oxiconazole nitrate	109
norgestim-eth estrad		OB COMPLETE PETITE	119	oxybutynin chloride	114
triphasic	94	OB COMPLETE PREMIER	119	oxybutynin chloride er	114
norgestimate-eth estradiol	94	OB COMPLETE/DHA	119	oxycodone hcl	49
NORPACE CR	43	OBSTETRIX EC (WITH		oxycodone-acetaminophen	49
nortrel 0.5/35 (28)	94	DOCUSATE)	119		
nortrel 1/35 (21)	95	OCTAGAM	27	P	
nortrel 1/35 (28)	95	octreotide acetate	99	pacerone	43
nortrel 7/7/7	95	ODEFSEY	13	paliperidone er	67
nortriptyline hcl	66	ODOMZO	22	PALYNZIQ	75
NORVIR	12	OFEV	106	PANCREAZE	82
NOVOLOG	89	ofloxacin	6,76	PANRETIN	112
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN		OGSIVEO	22	pantoprazole sodium	81
RELION	89	OJEMDA	22	paricalcitol	117
NOVOLOG FLEXPEN	89	OJJAARA	22	paroxetine hcl	67
		olanzapine	66	PAROXETINE HCL	67

paroxetine hcl er.....	67	PIFELTRO.....	13	potassium citrate er.....	74
PAXLOVID.....	13	pilocarpine hcl.....	31,79	pramipexole dihydrochloride... 58	
PAXLOVID (150/100).....	13	pimecrolimus.....	112	pramipexole dihydrochloride er 58	
PAXLOVID (300/100).....	13	PIMOZIDE.....	67	prasugrel hcl.....	35
pazopanib hcl.....	22	pindolol.....	40	pravastatin sodium.....	39
PEDIARIX.....	27	pioglitazone hcl.....	90	praziquantel.....	1
PEDVAX HIB.....	28	pioglitazone hcl-glimepiride... 90		prazosin hcl.....	38
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl. 82		pioglitazone hcl-metformin hcl.90		prednisolone.....	85
peg-3350/electrolytes.....	82	piperacillin sod-tazobactam so. 6		prednisolone acetate.....	78
peg-		PIQRAY (200 MG DAILY		PREDNISOLONE SODIUM	
3350/electrolytes/ascorbat... 82		DOSE).....	22	PHOSPHATE.....	78
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c. 82		PIQRAY (250 MG DAILY		prednisolone sodium	
PEGASYS.....	13	DOSE).....	22	phosphate.....	85
PEMAZYRE.....	22	PIQRAY (300 MG DAILY		prednisone.....	85
PEN NEEDLES.....	116	DOSE).....	23	PREDNISONE.....	85
PENBRAYA.....	28	pirfenidone.....	106,107	PREDNISONE INTENSOL... 85	
penciclovir.....	109	PIRFENIDONE.....	106	pregabalin.....	55
penicillamine.....	84	piroxicam.....	49	PREGEN DHA.....	119
PENICILLIN G POT IN		pitavastatin calcium.....	39	PREGENNA.....	119
DEXTROSE.....	6	PLASMA-LYTE 148.....	73	PREMARIN.....	97
penicillin g potassium.....	6	PLASMA-LYTE A.....	73	PREMASOL.....	71
PENICILLIN G SODIUM.....	6	plenamine.....	71	PREMPHASE.....	97
penicillin v potassium.....	6	PLENVU.....	82	PREMPRO.....	97
PENTACEL.....	27	PNV 27-CA/FE/FA.....	119	PRENA 1 TRUE.....	119
pentamidine isethionate.....	10	PNV PRENATAL PLUS		PRENA1.....	119
PENTIPS.....	116	MULTIVIT+DHA.....	119	PRENA1 PEARL.....	119
pentoxifylline er.....	35	PNV TABS 20-1.....	119	PRENAISSANCE.....	119
PERINDOPRIL ERBUMINE. 45		PNV TABS 29-1.....	119	PRENAISSANCE PLUS.....	119
periogard.....	76	PNV-DHA+DOCUSATE.....	119	PRENATAL.....	120
permethrin.....	109	PNV-SELECT.....	119	PRENATAL 19.....	120
perphenazine.....	67	PODOFILOX.....	112	PRENATAL PLUS.....	120
PERSERIS.....	67	polymyxin b-trimethoprim.... 15		PRENATAL PLUS IRON.....	120
PERTZYE.....	83	POMALYST.....	23	PRENATAL PLUS	
phenelzine sulfate.....	67	portia-28.....	95	VITAMIN/MINERAL.....	120
phenobarbital.....	54	posaconazole.....	8	PRENATAL VITAMIN PLUS	
phenoxybenzamine hcl.....	32	potassium chloride.....	73,74	LOW IRON.....	120
phenytek.....	54	potassium chloride crys er.... 74		PRENATE DHA.....	120
phenytoin.....	54	potassium chloride er.....	74	PRENATE ELITE.....	120
phenytoin infatabs.....	54	potassium chloride in		PRENATE ENHANCE.....	120
phenytoin sodium extended. 55		dextrose.....	74	PRENATE MINI.....	120
PHEXXI.....	105	potassium chloride in nacl.... 74		PRENATE PIXIE.....	120

PRENATE RESTORE.....	120	PROPRANOLOL HCL.....	40	rasagiline mesylate.....	58	
PRENATRIX.....	120	propranolol hcl er.....	40	RASUVO.....	23	
PRENATRYL.....	120	propylthiouracil.....	100	reclipsen.....	95	
PRENATVITE COMPLETE.....	120	PROQUAD.....	29	RECOMBIVAX HB.....	29	
PRENATVITE PLUS.....	120	PROSOL.....	71	RECTIV.....	46	
PREPLUS.....	120	protriptyline hcl.....	67	RELENZA DISKHALER.....	13	
PRETAB.....	120	PROVIDA OB.....	120	RELEUKO.....	37	
PRETOMANID.....	8	prucalopride succinate.....	83	repaglinide.....	90	
prevalite.....	39	PULMOZYME.....	107	REPATHA.....	39	
PREVYMIS.....	13	pyrazinamide.....	9	REPATHA PUSHTRONEX		
PREZCOBIX.....	13	pyridostigmine bromide.....	31	SYSTEM.....	39	
PREZISTA.....	13	pyridostigmine bromide er.....	31	REPATHA SURECLICK.....	39	
PRIFTIN.....	8	pyrimethamine.....	10	RETACRIT.....	37	
prilovix.....	113	PYRUKYND.....	105	RETEVMO.....	23	
prilovix lite.....	114	PYRUKYND TAPER PACK.....	105	REVCОВI.....	75	
prilovix lite plus.....	114	PYZCHIVA.....	102	REVUFORJ.....	23	
prilovix plus.....	114	Q			REXULTI.....	67
prilovix ultralite.....	114	QELBREE.....	60,61	REYATAZ.....	14	
prilovix ultralite plus.....	114	QINLOCK.....	23	REYVOW.....	57	
PRIMACARE.....	120	QNASL.....	78	REZDIFFRA.....	83	
primaquine phosphate.....	10	QNASL CHILDRENS.....	78	REZLIDHIA.....	23	
PRIMIDONE.....	55	QUADRACEL.....	27	REZUROCK.....	104	
primidone.....	55	quetiapine fumarate.....	67	RHOPRESSA.....	79	
PRIORIX.....	28	quetiapine fumarate er.....	67	RIBAVIRIN.....	14	
PRIVIGEN.....	27	quinapril hcl.....	45	RIDAURA.....	102	
PRO COMFORT PEN		QUINIDINE SULFATE.....	43	rifabutin.....	9	
NEEDLES.....	116	quinine sulfate.....	10	rifampin.....	9	
probenecid.....	75	QULIPTA.....	56	riluzole.....	61	
prochlorperazine.....	67	R			risedronate sodium.....	101,102
prochlorperazine maleate.....	67	RABAVERT.....	29	risperidone.....	67,68	
procto-med hc.....	111	rabeprazole sodium.....	81	RISPERIDONE.....	68	
proctosol hc.....	111	RADICAVA ORS.....	61	risperidone microspheres er.....	68	
proctozone-hc.....	111	RADICAVA ORS STARTER		ritonavir.....	14	
progesterone.....	99	KIT.....	61	rivastigmine.....	31	
PROGRAF.....	104	RALDESY.....	67	rivastigmine tartrate.....	31	
PROLIA.....	101	raloxifene hcl.....	97	rizatriptan benzoate.....	57	
promethazine hcl.....	16	ramelteon.....	60	ROCKLATAN.....	79	
PROMETHEGAN.....	16	ramipril.....	45	roflumilast.....	115	
propafenone hcl.....	43	ranolazine er.....	43	ROMVIMZA.....	23	
propafenone hcl er.....	43			ropinirole hcl.....	58	
propranolol hcl.....	40			ropinirole hcl er.....	58	

rosuvastatin calcium.....	39	SITAGLIPTIN BASE-		sulfacetamide sodium (acne) .	109
ROTARIX.....	29	METFORMIN HCL.....	90	SULFACETAMIDE-	
ROTATEQ.....	29	SIVEXTRO.....	6	PREDNISOLONE.....	76
ROWASA.....	80	sodium chloride.....	74	sulfadiazine.....	6
ROZLYTREK.....	23	SODIUM CHLORIDE.....	74	sulfamethoxazole-trimethoprim .	6
RUBRACA.....	23	sodium chloride (pf).....	74	sulfasalazine.....	6
rufinamide.....	55	SODIUM FLUORIDE.....	121	sulindac.....	49
RUKOBIA.....	14	sodium phenylbutyrate.....	70	sumatriptan.....	57
RYDAPT.....	24	sodium polystyrene sulfonate .	72	sumatriptan succinate.....	57
RYTARY.....	58	SOFOSBUVIR-		sumatriptan succinate refill . . .	57
		VELPATASVIR.....	14	sunitinib malate.....	24
		SOHONOS.....	32	SUNLENCA.....	14
		solifenacin succinate.....	114	SUNOSI.....	61
SAFYRAL.....	95	SOLIQUA.....	90	SUPREP BOWEL PREP KIT .	82
SANTYL.....	112	SOLTAMOX.....	97	SURE COMFORT PEN	
sapropterin dihydrochloride .	105	SOMAVERT.....	99,100	NEEDLES.....	116
SAVAYSA.....	35	sorafenib tosylate.....	24	SUTAB.....	82
saxagliptin hcl.....	90	sotalol hcl.....	40	SYMLINPEN 120.....	90
saxagliptin-metformin er.....	90	sotalol hcl (af).....	40	SYMLINPEN 60.....	90
SCEMBLIX.....	24	SPINOSAD.....	109	SYMPAZAN.....	55
scopolamine.....	30	SPIRIVA HANDIHALER.....	30	SYMPROIC.....	83
SE-NATAL 19.....	120	SPIRIVA RESPIMAT.....	30	SYMTUZA.....	14
SECUADO.....	68	spironolactone.....	45	SYNAREL.....	98
SEGLUROMET.....	90	spironolactone-hctz.....	45	SYNJARDY.....	90
SELARSDI.....	102,103	sprintec 28.....	95	SYNJARDY XR.....	90
SELECT-OB.....	121	SPRITAM.....	55	SYNTHROID.....	100
SELECT-OB+DHA.....	121	SPS (SODIUM POLYSTYRENE			
selegiline hcl.....	58	SULF).....	72		
SELZENTRY.....	14	sronyx.....	95		
SEREVENT DISKUS.....	34	ssd.....	109		
sertraline hcl.....	68	STEGLATRO.....	90	TABLOID.....	24
SHINGRIX.....	29	STIMUFEND.....	37	TABRECTA.....	24
SIGNIFOR.....	99	STIOLTO RESPIMAT.....	30	tacrolimus.....	104,112
sildenafil citrate.....	46	STIVARGA.....	24	tadalafil.....	46
silodosin.....	32	STREPTOMYCIN SULFATE .	6	tadalafil (pah).....	46
silver sulfadiazine.....	109	STRIBILD.....	14	TADLIQ.....	46
SIMBRINZA.....	79	STRIVERDI RESPIMAT.....	34	TAFINLAR.....	24
simvastatin.....	39	SUCRAID.....	75	TAGRISSE.....	24
sirolimus.....	104	sucralfate.....	81	TALTZ.....	103
SIRTURO.....	9	SUFLAVE.....	82	TALZENNA.....	24
SITAGLIPTIN.....	90	sulfacetamide sodium.....	76	tamoxifen citrate.....	97
				tamsulosin hcl.....	32
				tarina 24 fe.....	95

TARPEYO	86	timolol maleate ocudose	79	TREXALL	24
tasimelteon	60	timolol maleate pf	79	tri-estarylla	95
TAVALISSE	35	tinidazole	10	tri-legest fe	95
TAVNEOS	102	TIROSINT-SOL	100	tri-lo-estarylla	95
tazarotene	112,113	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	7,76	triamterene	72
AMLODIPINE	42	tobramycin sulfate	7	triamterene-hctz	72
telmisartan-hctz	45	tobramycin-dexamethasone	76	triazolam	60
temazepam	60	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	38	tolvaptan	72	TRIENTINE HCL	84
terbinafine hcl	8	topiramate	55	trifluoperazine hcl	68
terbutaline sulfate	34	toremifene citrate	97	TRIFLURIDINE	76
terconazole	109	torpenz	24	trihexyphenidyl hcl	58
teriflunomide	103	torseamide	72	TRIHEXYPHENIDYL HCL	58
teriparatide	101	TOUJEO MAX SOLOSTAR	91	TRIJARDY XR	91
testosterone	86	TOUJEO SOLOSTAR	91	trimethoprim	15
testosterone cypionate	86	TPN ELECTROLYTES	74	trimipramine maleate	68
TESTOSTERONE		TRADJENTA	91	TRINATAL RX 1	121
ENANTHATE	86	tramadol hcl	49	TRINATE	121
tetrabenazine	70	tramadol hcl er	49	TRINAZ	121
tetracycline hcl	6	tramadol-acetaminophen	49	TRINTELLIX	68
THALOMID	103	trandolapril	45	TRISTART DHA	121
theophylline er	115	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIUMEQ	14
thioridazine hcl	68	HCL ER	42	TRIUMEQ PD	14
thiothixene	68	tranexamic acid	34	TRIVEEN-DUO DHA	121
THRIVITE RX	121	tranylcypromine sulfate	68	TROPHAMINE	71
tiadylt er	42	TRAVASOL	71	tropium chloride	114
tiagabine hcl	55	trazodone hcl	68	tropium chloride er	114
TIBSOVO	24	TRECATOR	9	TRULICITY	91
ticagrelor	35	TRELEGY ELLIPTA	30,31	TRUMENBA	29
TICOVAC	29	TRELSTAR MIXJECT	98	TRUQAP	24
tigecycline	7	tretinoin	24,113	TUKYSA	24
tilia fe	95	tretinoin microsphere	113	TURALIO	24
timolol maleate	40,79	TRETINOIN MICROSPHERE		turqoz	95
timolol maleate (once-daily)	79	PUMP	113	TWINRIX	29

TYBOST	14	VELTASSA	73	VITAPEARL	122
TYENNE	103	VEMLIDY	15	VITATRUE	122
TYMLOS	101	VENCLEXTA	25	VITRAKVI	25
TYPHIM VI	29	VENCLEXTA STARTING		VIVA DHA	122
TYRVAYA	78	PACK	25	VIVJOA	8
		VENLAFAXINE BESYLATE		VIVOTIF	29
U		ER	69	VIZIMPRO	25
UBRELVY	57	venlafaxine hcl	69	VONJO	25
UDENYCA	37	venlafaxine hcl er	69	VORANIGO	25
ULTICARE INSULIN SAFETY		VENTOLIN HFA	34	voriconazole	8
SYR	117	verapamil hcl	42	VOSEVI	15
ULTILET INSULIN		verapamil hcl er	42	VOXZOGO	105
SYRINGE	117	VERQUVO	46	VP-PNV-DHA	122
ursodiol	82	VERSACLOZ	69	VRAYLAR	69
UZEDY	68,69	VERZENIO	25	VTAMA	113
		vestura	95	vylibra	95
		vienna	95	VYNDAMAX	43
V		vigabatrin	55	VYNDAQEL	43
valacyclovir hcl	14	vigadrone	55	VYZULTA	79
VALCHLOR	113	VIGAFYDE	55	W	
valganciclovir hcl	15	vigpoder	56	WAKIX	50
valproic acid	55	VIJOICE	25	warfarin sodium	35
valsartan	45	vilazodone hcl	69	WEGOVI	91
valsartan-		VIMKUNYA	29	WELIREG	25
hydrochlorothiazide	45	VINATE II	121	WESNATAL DHA	
VALTOCO 10 MG DOSE	60	VINATE ONE	121	COMPLETE	122
VALTOCO 15 MG DOSE	60	VIOKACE	83	WESNATE DHA	122
VALTOCO 20 MG DOSE	60	VIRACEPT	15	WESTAB PLUS	122
VALTOCO 5 MG DOSE	60	VIREAD	15	WESTGEL DHA	122
valtya 1/50	95	VIRT-NATE DHA	121	WINREVAIR	107
vancomycin hcl	7	VITAFOL FE+	121	wixela inhub	34
VANCOMYCIN HCL	7	VITAFOL GUMMIES	121	X	
VANDAZOLE	109	VITAFOL ULTRA	121	XALKORI	25
VANFLYTA	25	VITAFOL-NANO	121	xarah fe	95
VAQTA	29	VITAFOL-OB	121	XARELTO	35
varenicline tartrate	31	VITAFOL-OB+DHA	121	XARELTO STARTER PACK	35
varenicline tartrate (starter)	31	VITAFOL-ONE	122	XCOPRI	56
varenicline tartrate(continue)	31	VITAMEDMD ONE		XCOPRI (250 MG DAILY	
VARIVAX	29	RX/QUATREFOLIC	122	DOSE)	56
VARUBI (180 MG DOSE)	81	VITAMEDMD REDICHEW			
VAXCHORA	29	RX	122		
VELIVET	95				

XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	56	ZARXIO	37
XDEMZY	76	ZEJULA	26
XELJANZ	103	ZELAPAR	58
XELJANZ XR	103	ZELBORAF	26
XERMELO	80	zenatane	113
XGEVA	102	ZENPEP	83
XHANCE	78	ZEPBOUND	51
XIFAXAN	7	zidovudine	15
XIGDUO XR	91	ZIEXTENZO	37
XIIDRA	78	ZIPHEX	122
XOFLUZA (40 MG DOSE)	15	ziprasidone hcl	69
XOFLUZA (80 MG DOSE)	15	ziprasidone mesylate	69
XOLAIR	106	ZIRGAN	76
XOSPATA	25	ZOLINZA	26
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	25	zolmitriptan	57
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	25	zolpidem tartrate	60
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	26	zolpidem tartrate er	60
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	26	ZONISADE	56
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	26	zonisamide	56
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	26	ZORYVE	113
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	26	zovia 1/35 (28)	95
XTANDI	26	zovia 1/35e (28)	96
xulane	95	ZTALMY	56
		ZURZUVAE	69
		ZYDELIG	26
		ZYKADIA	26
		ZYLET	76

Y

YF-VAX	29
YORVIPATH	98
yuvafem	97

Z

zafirlukast	106
zaleplon	60
ZALVIT	122



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
09/01/2025 .**

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 27