



**Select
Health**

Select Health Medicare | 2025

Formulario Enhanced

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS

Este formulario fue actualizado el 11/01/2025 .

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

Utah

Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Select Health Medicare

Lista de medicamentos recetados disponibles

Enhanced 2025

Lista de medicamentos cubiertos

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25019 Version29

©2025 Select Health. Todos los derechos reservados. 3445640 11/25/0165_3445640_ v29 _C

Servicios de interpretación en varios idiomas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OMB Approval No. 0938-1421

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿Cómo utilizo la Lista de medicamentos recetados disponibles?

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

Condición médica

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

Orden alfabético

Si no está seguro en qué categoría buscar, debe buscar su medicamento en el índice que comienza en la **página 121** . El Índice incluye una lista por orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. Tanto los medicamentos de marca comercial como los medicamentos genéricos están enumerados en el Índice. Busque en el Índice para encontrar su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar la información sobre la cobertura. Consulte la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

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

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

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- > Puede solicitar a Servicios para Miembros una lista de medicamentos similares que Select Health Medicare cubra. Cuando reciba la lista, 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 21**.

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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>praziquantel 600 mg tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
ANTIBACTERIALS		
<i>amikacin sulfate 500 mg/2ml solution</i>	2	IH
AMOXICILL-CLARITHRO- LANSOPRAZ 500 & 500 & 30 MG THER PACK	2	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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefixime 400 mg cap</i>	2	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)	2	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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>cefuroxime sodium (1.5 gm soln, 750 mg soln)</i>	2	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>	2	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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin phosphate (300 mg/2ml, 600 mg/4ml)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>clindamycin phosphate (9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>clindamycin phosphate in d5w (300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml)</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<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>	2	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>	2	
<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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin base (erythromycin base 250 mg tab, erythromycin base 500 mg tab dr, erythromycin base 250 mg cp dr part, erythromycin base 250 mg tab dr, erythromycin base 333 mg tab dr, erythromycin base 500 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>erythromycin ethylsuccinate 200 mg/5ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

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

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

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

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

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>ofloxacin (ofloxacin 300 mg tab, ofloxacin 400 mg tab, ofloxacin 400 mg tab)</i>	2	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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>tigecycline 50 mg recon soln</i>	2	LC (28 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
<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>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl (125 mg cap, 250 mg cap)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl (50 mg/ml soln, 250 mg/5ml soln)</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>vancomycin hcl 25 mg/ml recon soln</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s))
VANCOMYCIN HCL 750 MG RECON SOLN	2	
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	2	IH
<i>amphotericin b liposome 50 mg recon susp</i>	2	IH
<i>caspofungin acetate (50 mg soln, 70 mg soln)</i>	4	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>fluconazole (10 mg/ml recon susp, 40 mg/ml recon susp, 50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>griseofulvin ultramicrosize (125 mg tab, 250 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>itraconazole 10 mg/ml solution</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>itraconazole 100 mg cap</i>	2	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>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 200 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 40 mg/ml recon susp</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>voriconazole 50 mg tab</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

ANTIMYCOBACTERIALS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>rifampin (150 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>rifampin 600 mg recon soln</i>	2	IH, NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 100 MG TAB	5	AP, LC (188 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
SIRTURO 20 MG TAB	5	AP, LC (940 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)

ANTIPROTOZOALS

<i>atovaquone 750 mg/5ml suspension</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>atovaquone-proguanil hcl (62.5-25 mg tab, 250-100 mg tab)</i>	2	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>	2	LC (20 cada 10 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>pentamidine isethionate 300 mg recon soln</i>	2	BVD, IH, NM (No-Mantenimiento)
<i>primaquine phosphate (primaquine phosphate 26.3 base mg tab, primaquine phosphate 26.3 base mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pyrimethamine 25 mg tab</i>	5	
<i>quinine sulfate 324 mg cap</i>	2	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>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl (100 mg cap, 100 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>amantadine hcl 50 mg/5ml solution</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
APTIVUS 250 MG CAP	5	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>atazanavir sulfate (150 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION	4	NM (No-Mantenimiento)
BIKTARVY (30-120-15 MG TAB, 50-200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
CIMDUO 300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>darunavir 600 mg tab</i>	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
<i>darunavir 800 mg tab</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DESCOVY (120-15 MG TAB, 200-25 MG TAB)	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)
DOVATO 50-300 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No-Mantenimiento)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>oseltamivir phosphate 30 mg cap</i>	2	LC (84 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 45 mg cap</i>	2	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 6 mg/ml recon susp</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>oseltamivir phosphate 75 mg cap</i>	2	LC (42 cada 180 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PAXLOVID (150/100) MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PAXLOVID (300/100) 20 150 MG & 0MG TAB THPK	3	LC (30 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PAXLOVID 6 150 MG & 5 100MG TAB THPK	3	LC (11 cada 5 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/0.5ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (4 cada 30 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION	5	AP, LC (4 cada 28 OVER TIME), NM (No-Mantenimiento)
PIFELTRO 100 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREVYMIS (20 MG PACKET, 120 MG PACKET)	5	AP, LC (800 cada 365 OVER TIME)
PREVYMIS (240 MG TAB, 480 MG TAB)	5	AP, LC (100 cada 365 OVER TIME)
PREZCOBIX 800-150 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION	5	LC (360 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 150 MG TAB	5	LC (180 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
PREZISTA 75 MG TAB	5	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACT AER POW BA	4	LC (60 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)
REYATAZ 50 MG PACKET	5	LC (240 cada 30 dia(s)), NM (No- Mantenimiento)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>valganciclovir hcl 50 mg/ml recon soln</i>	2	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>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>methenamine hippurate 1 gm tab</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>nitrofurantoin (25 mg/5ml suspension, 50 mg/10ml suspension)</i>	2	AP, NM (No-Mantenimiento)
<i>nitrofurantoin macrocrystal (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>nitrofurantoin monohyd macro 100 mg cap</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>polymyxin b-trimethoprim 10000-0.1 unit/ml-% solution</i>	2	
<i>trimethoprim (trimethoprim 100 mg tab, trimethoprim 100 mg tab)</i>	2	NM (No-Mantenimiento)

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS

FIRST GENERATION ANTIHISTAMINES

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cyproheptadine hcl 4 mg tab</i>	3	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>promethazine hcl (12.5 mg suppos, 25 mg suppos)</i>	2	
<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)	2	

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>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>abirtega 250 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
AKEEGA (50-500 MG TAB, 100-500 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ALECENSA 150 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG (90 MG TAB, 180 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 30 MG TAB	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
ALUNBRIG 90 & 180 MG TAB THPK	5	AP, LC (30 cada 180 OVER TIME)
AUGTYRO 160 MG CAP	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
AUGTYRO 40 MG CAP	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK 0.8 & 200 MG THER	5	AP, LC (66 cada 28 OVER TIME)
AYVAKIT (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 200 MG TAB, 300 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
IBTROZI 200 MG CAP	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ICLUSIG (10 MG TAB, 15 MG TAB, 30 MG TAB, 45 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IDHIFA (50 MG TAB, 100 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 100 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>imatinib mesylate 400 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA (70 MG CAP, 140 MG TAB, 280 MG TAB, 420 MG TAB)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 140 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION	5	AP, LC (216 cada 30 dia(s))
IMKELDI 80 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
INLYTA 1 MG TAB	5	AP, LC (600 cada 30 dia(s))
INLYTA 5 MG TAB	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
INQOVI 35-100 MG TAB	5	AP, LC (5 cada 28 OVER TIME)
INREBIC 100 MG CAP	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ITOVEBI 3 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ITOVEBI 9 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
IWILFIN 192 MG TAB	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
JAKAFI (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB, 25 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 100 MG TAB	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
JAYPIRCA 50 MG TAB	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
KISQALI (200 MG DOSE) (TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (400 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI (600 MG DOSE) 200 TAB THPK	5	AP, LC (63 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) (& 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (49 cada 28 dia(s))
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) 200 & 2.5 TAB THPK	5	AP, LC (70 cada 28 dia(s))

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANTITOXINAS, INMUNOGLOBULINAS, TOXOIDES Y VACUNAS

ANTITOXINS AND IMMUNE GLOBULINS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DROGAS AUTÓNOMAS

ANTICHOLINERGIC AGENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>varenicline tartrate 0.5 mg tab</i>	2	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate 1 mg tab</i>	2	LC (336 cada 365 OVER TIME)
<i>varenicline tartrate(continue) 1 mg tab</i>	2	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>	2	
<i>donepezil hcl (5 mg tab, 5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp, 23 mg tab)</i>	2	
<i>galantamine hydrobromide (4 mg tab, 8 mg tab, 12 mg tab)</i>	2	
GALANTAMINE HYDROBROMIDE 4 MG/ML SOLUTION	2	
<i>galantamine hydrobromide er (er 8 mg cap er, er 16 mg cap er, er 24 mg cap er)</i>	2	
<i>pilocarpine hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide (pyridostigmine bromide 30 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg tab, pyridostigmine bromide 60 mg/5ml solution)</i>	2	
<i>pyridostigmine bromide er 180 mg tab</i>	2	
<i>rivastigmine (4.6 mg/patch, 9.5 mg/patch, 13.3 mg/patch)</i>	2	
<i>rivastigmine tartrate (1.5 mg cap, 3 mg cap, 4.5 mg cap, 6 mg cap)</i>	2	

SKELETAL MUSCLE RELAXANTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>metaxalone (400 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	
<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>	2	AP
<i>dutasteride-tamsulosin hcl 0.5-0.4 mg cap</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>phenoxybenzamine hcl 10 mg cap</i>	5	AP, LC (3600 cada 30 dia(s))
<i>silodosin (4 mg cap, 8 mg cap)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg cap</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))

SYMPATHOMIMETIC (ADRENERGIC) AGENTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
AUVI-Q (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	3	
AUVI-Q 0.1 MG/0.1ML SOLN A-INJ	3	
BREO ELLIPTA (50-25 MCG/INH AER POW BA, 200-25 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (60 cada 30 dia(s))
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>breyana (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>budesonide-formoterol fumarate (80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act)</i>	4	LC (20.4 cada 30 dia(s))
<i>droxidopa (100 mg cap, 200 mg cap, 300 mg cap)</i>	4	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
EPINEPHRINE (0.15 MG/0.15ML SOLN A-INJ, 0.3 MG/0.3ML SOLN A-INJ)	2	LC (2 cada 30 OVER TIME)
<i>epinephrine (0.15 mg/0.3ml soln, 0.3 mg/0.3ml soln)</i>	2	
<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>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>levalbuterol hcl (0.31 mg/3ml soln, 0.63 mg/3ml soln, 1.25 mg/0.5ml soln, 1.25 mg/3ml soln)</i>	2	BVD
LEVALBUTEROL TARTRATE 45 MCG/ACT AEROSOL	2	
<i>lofexidine hcl 0.18 mg tab</i>	5	AP, LC (150 cada 30 dia(s))
<i>midodrine hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	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
SEREVENT DISKUS 50 MCG/ACT AER POW BA	3	LC (60 cada 30 dia(s))
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (4 cada 30 dia(s))
<i>terbutaline sulfate (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	
VENTOLIN HFA 108 (90 BASE) MCG/ACT AERO SOLN	3	LC (36 cada 30 dia(s))
<i>wixela inhub (100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act)</i>	3	LC (60 cada 30 dia(s))

AGENTES DE FORMACIÓN DE SANGRE, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS

ANTIHEMORRHAGIC AGENTS

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

ANTITHROMBOTIC AGENTS

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

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

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

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

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

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

HEMATOPOIETIC AGENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES

ALPHA-ADRENERGIC BLOCKING AGENTS

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

ANTILIPEMIC AGENTS

<i>amlodipine-atorvastatin (2.5-10 mg tab, 2.5-20 mg tab, 2.5-40 mg tab, 5-10 mg tab, 5-20 mg tab, 5-40 mg tab, 5-80 mg tab, 10-10 mg tab, 10-20 mg tab, 10-40 mg tab, 10-80 mg tab)</i>	1	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atorvastatin calcium (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab, 80 mg tab)</i>	1	
<i>cholestyramine (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>cholestyramine light (4 gm packet, 4 gm/dose powder)</i>	2	LC (1195 cada 30 dia(s))
<i>colesevelam hcl (3.75 gm packet, 625 mg tab)</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl (5 gm granules, 5 gm packet)</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>colestipol hcl 1 gm tab</i>	2	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>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluvastatin sodium (20 mg cap, 40 mg cap)</i>	1	
<i>gemfibrozil 600 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>icosapent ethyl (0.5 gm cap, 1 gm cap)</i>	2	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>	2	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>	2	LC (1195 cada 30 dia(s))
REPATHA 140 MG/ML SOLN PRSYR	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SOLN A-INJ	3	AP, LC (3 cada 30 OVER TIME)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CALCIUM-CHANNEL BLOCKING AGENTS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>propafenone hcl er (er 225 mg cap er, er 325 mg cap er, er 425 mg cap er)</i>	2	
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>	2	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>	2	
<i>clonidine hcl (0.1 mg tab, 0.2 mg tab, 0.3 mg tab)</i>	1	
<i>clonidine hcl er 0.1 mg tab 12h</i>	1	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>furosemide 10 mg/ml solution</i>	2	
<i>hydralazine hcl (10 mg tab, 25 mg tab, 50 mg tab, 100 mg tab)</i>	1	
<i>minoxidil (2.5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
NIMODIPINE 60 MG/20ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))
NYMALIZE 6 MG/ML SOLUTION	5	LC (1800 cada 30 dia(s))

RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERONE SYSTEM INHIBITORS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VASODILATING AGENTS

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

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

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

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

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

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

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

ANALGESICS AND ANTIPYRETICS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANOREXIGENIC AGENTS AND RESPIRATORY AND CNS STIMULANTS

<i>amphetamine-dextroamphet er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er)</i>	2	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>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>armodafinil (50 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab, 250 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>dexmethylphenidate hcl er (er 5 mg cap er, er 10 mg cap er, er 15 mg cap er, er 20 mg cap er, er 25 mg cap er, er 30 mg cap er, er 35 mg cap er, er 40 mg cap er)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate (5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 20 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er (er 10 mg cap er, er 15 mg cap er)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>dextroamphetamine sulfate er 5 mg cap 24h</i>	2	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>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate (10 mg/9hr patch, 15 mg/9hr patch, 20 mg/9hr patch, 30 mg/9hr patch)</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl (2.5 mg chew tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl (5 mg chew tab, 10 mg chew tab)</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl 10 mg/5ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>methylphenidate hcl 5 mg/5ml solution</i>	2	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>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) (er 30 mg cap er, er 40 mg cap er)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (cd) 10 mg cap</i>	2	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>	2	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>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er (osm) (er 18 mg tab er, er 27 mg tab er, er 36 mg tab er, er 54 mg tab er, er 72 mg tab er)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 10 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>methylphenidate hcl er 20 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>modafinil (100 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
WAKIX (4.45 MG TAB, 17.8 MG TAB)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
ZEPBOUND (2.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 7.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 10 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 12.5 MG/0.5ML SOLN A-INJ, 15 MG/0.5ML SOLN A-INJ)	5	AP, LC (2 cada 28 OVER TIME)
ANTICONVULSANTS		
BRIVIACT (10 MG TAB, 25 MG TAB, 50 MG TAB, 75 MG TAB, 100 MG TAB)	5	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION	5	TE, LC (600 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine (100 mg/5ml suspension, 200 mg/10ml suspension)</i>	2	LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine (carbamazepine 200 mg chew tab, carbamazepine 200 mg tab)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbamazepine 100 mg chew tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er (er 100 mg cap er, er 100 mg tab er)</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er (er 200 mg cap er, er 200 mg tab er)</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 300 mg cap 12h</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>carbamazepine er 400 mg tab 12h</i>	3	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>clobazam (10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>clobazam 2.5 mg/ml suspension</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>clonazepam (0.125 mg tab disp, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp, 2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
DIACOMIT (250 MG CAP, 250 MG PACKET, 500 MG CAP, 500 MG PACKET)	4	AP, LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 100 MG CAP	4	LC (300 cada 30 dia(s))
DILANTIN 125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
DILANTIN 30 MG CAP	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEW	4	LC (600 cada 30 dia(s))
DILANTIN-125 MG/5ML SUSPENSION	4	LC (750 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg cap dr</i>	2	LC (1080 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 125 mg tab dr</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 250 mg tab dr</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium 500 mg tab dr</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 250 mg tab 24h</i>	2	LC (510 cada 30 dia(s))
<i>divalproex sodium er 500 mg tab 24h</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (900 cada 30 dia(s))
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION	4	LC (480 cada 30 dia(s))
EQUETRO (100 MG CAP ER 12H, 200 MG CAP ER 12H, 300 MG CAP ER 12H)	4	TE, LC (180 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>eslicarbazepine acetate (200 mg tab, 400 mg tab)</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>eslicarbazepine acetate (600 mg tab, 800 mg tab)</i>	2	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>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>felbamate 600 mg/5ml suspension</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (360 cada 30 dia(s))
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION	5	TE, LC (720 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin (250 mg/5ml, 300 mg/6ml)</i>	2	LC (2160 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 100 mg cap</i>	2	LC (960 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 300 mg cap</i>	2	LC (330 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 400 mg cap</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 600 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>gabapentin 800 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (10 mg/ml, 50 mg/5ml, 100 mg/10ml)</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>lacosamide (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 200 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 100 MG TAB DISP	4	LC (60 cada 30 dia(s))
LAMICTAL ODT 200 MG TAB DISP	4	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine (200 mg tab, 200 mg tab disp)</i>	2	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 (50 mg tab disp, 150 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 100 mg tab disp</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 21 x 25 mg & 7 x 50 mg kit</i>	2	LC (28 cada 180 OVER TIME)
<i>lamotrigine 25 & 50 & 100 mg kit</i>	2	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 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 25 mg tab disp</i>	2	LC (210 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine 42 x 50 mg & 14x100 mg kit</i>	2	LC (56 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine er (er 100 mg tab er, er 200 mg tab er, er 250 mg tab er, er 300 mg tab er)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 25 mg tab 24h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine er 50 mg tab 24h</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>lamotrigine starter kit-blue 35 x 25 mg</i>	2	LC (70 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-green 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	2	LC (196 cada 365 OVER TIME)
<i>lamotrigine starter kit-orange 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	2	LC (98 cada 365 OVER TIME)
<i>levetiracetam (100 mg/ml, 500 mg/5ml)</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam (750 mg tab, 1000 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 250 mg tab</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam 500 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>levetiracetam er (er 500 mg tab er, er 750 mg tab er)</i>	2	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>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 150 mg tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg tab</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 300 mg/5ml suspension</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine 600 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 150 mg tab 24h</i>	2	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 300 mg tab 24h</i>	2	TE, LC (240 cada 30 dia(s))
<i>oxcarbazepine er 600 mg tab 24h</i>	2	TE, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>perampanel (4 mg tab, 6 mg tab, 8 mg tab, 10 mg tab, 12 mg tab)</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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>perampanel 2 mg tab</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>phenobarbital (15 mg tab, 16.2 mg tab, 20 mg/5ml elixir, 30 mg tab, 30 mg/7.5ml elixir, 32.4 mg tab, 60 mg tab, 60 mg/15ml elixir, 64.8 mg tab, 97.2 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>phenytek 200 mg cap</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>phenytek 300 mg cap</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin (100 mg/4ml suspension, 125 mg/5ml suspension)</i>	2	LC (750 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin 50 mg chew tab</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin infatabs infas 50 mg chew</i>	2	LC (600 cada 30 dia(s))
<i>phenytoin sodium extended 100 mg cap</i>	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>pregabalin (20 mg/ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap, 100 mg cap, 150 mg cap, 200 mg cap, 225 mg cap, 300 mg cap)</i>	2	
PRIMIDONE 125 MG TAB	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>primidone 250 mg tab</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s))
<i>primidone 50 mg tab</i>	2	LC (1200 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 200 mg tab</i>	2	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 40 mg/ml suspension</i>	5	AP, LC (2400 cada 30 dia(s))
<i>rufinamide 400 mg tab</i>	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
SPRITAM (250 MG TAB, 500 MG TAB)	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
SYMPAZAN (5 MG FILM, 10 MG FILM, 20 MG FILM)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 12 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 16 mg tab</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 2 mg tab</i>	2	LC (840 cada 30 dia(s))
<i>tiagabine hcl 4 mg tab</i>	2	LC (420 cada 30 dia(s))
<i>topiramate (15 mg cap, 25 mg cap)</i>	2	LC (480 cada 30 dia(s))
<i>topiramate (50 mg cap sprink, 50 mg tab)</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>topiramate 100 mg tab</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 200 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg tab</i>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>topiramate 25 mg/ml solution</i>	2	
<i>valproic acid (250 mg/5ml, 500 mg/10ml)</i>	2	LC (3000 cada 30 dia(s))
<i>valproic acid 250 mg cap</i>	2	LC (540 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg packet</i>	5	AP, LC (9000 cada 30 dia(s))
<i>vigabatrin 500 mg tab</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
<i>vigadrone 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
VIGAFYDE 100 MG/ML SOLUTION	5	AP, LC (750 cada 30 OVER TIME)
<i>vigpoder 500 mg packet</i>	5	AP, LC (180 cada 30 dia(s))
XCOPRI (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB, 150 MG TAB, 200 MG TAB)	4	LC (60 cada 30 dia(s))
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 100 & 150 TAB THPK	4	LC (56 cada 28 dia(s))
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 150 & 200 TAB THPK	4	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)	4	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)

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

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

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

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>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>	2	TE, LC (12 cada 30 OVER TIME)
<i>naratriptan hcl (1 mg tab, 2.5 mg tab)</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
NURTEC 75 MG TAB DISP	3	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
QULIPTA (10 MG TAB, 30 MG TAB, 60 MG TAB)	4	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
REYVOW (50 MG TAB, 100 MG TAB)	4	AP, LC (8 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate (5 mg tab disp, 10 mg tab, 10 mg tab disp)</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>rizatriptan benzoate 5 mg tab</i>	2	LC (18 cada 30 OVER TIME)
<i>sumatriptan (5 mg/act, 20 mg/act)</i>	2	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>	2	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>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME)
<i>zolmitriptan (zolmitriptan 5 mg solution, zolmitriptan 2.5 mg solution)</i>	2	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>	2	
<i>cabergoline 0.5 mg tab</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>carbidopa 25 mg tab</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa (10-100 mg tab, 10-100 mg tab disp, 25-100 mg tab, 25-100 mg tab disp, 25-250 mg tab, 25-250 mg tab disp)</i>	2	
<i>carbidopa-levodopa er (er 25-100 mg tab er, er 50-200 mg tab er)</i>	2	LC (360 cada 30 dia(s))
<i>carbidopa-levodopa-entacapone (12.5-50-200 mg tab, 18.75-75-200 mg tab, 25-100-200 mg tab, 31.25-125-200 mg tab, 37.5-150-200 mg tab, 50-200-200 mg tab)</i>	2	
<i>entacapone 200 mg tab</i>	2	
<i>pramipexole dihydrochloride (0.125 mg tab, 0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab)</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.375 mg tab er, er 2.25 mg tab er, er 3 mg tab er, er 3.75 mg tab er, er 4.5 mg tab er)</i>	2	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pramipexole dihydrochloride er (er 0.75 mg tab er, er 1.5 mg tab er)</i>	2	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
<i>rasagiline mesylate (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	2	
<i>ropinirole hcl (0.25 mg tab, 0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 3 mg tab, 4 mg tab, 5 mg tab)</i>	2	
<i>ropinirole hcl er (er 2 mg tab er, er 4 mg tab er, er 6 mg tab er, er 8 mg tab er, er 12 mg tab er)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
RYTARY 23.75-95 MG CAP ER	3	TE, LC (750 cada 30 dia(s))
RYTARY 36.25-145 MG CAP ER	3	TE, LC (480 cada 30 dia(s))
RYTARY 48.75-195 MG CAP ER	3	TE, LC (360 cada 30 dia(s))
RYTARY 61.25-245 MG CAP ER	3	TE, LC (300 cada 30 dia(s))
<i>selegiline hcl (5 mg cap, 5 mg tab)</i>	2	
<i>tolcapone 100 mg tab</i>	5	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, 0.25 mg tab disp, 0.5 mg tab, 0.5 mg tab disp, 1 mg tab, 1 mg tab disp, 2 mg tab, 2 mg tab disp)</i>	2	LC (150 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam er (er 0.5 mg tab er, er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
ALPRAZOLAM INTENSOL 1 MG/ML CONC	2	LC (300 cada 30 dia(s))
<i>alprazolam xr (0.5 mg tab er, 1 mg tab er, 2 mg tab er, 3 mg tab er)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
BELSOMRA (5 MG TAB, 10 MG TAB, 15 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
<i>buspirone hcl (5 mg tab, 7.5 mg tab, 10 mg tab, 15 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	
<i>clorazepate dipotassium (3.75 mg tab, 7.5 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clorazepate dipotassium 15 mg tab</i>	2	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))
<i>lorazepam intensol 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
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>	2	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>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>guanfacine hcl er (er 1 mg tab er, er 2 mg tab er, er 3 mg tab er, er 4 mg tab er)</i>	2	
<i>memantine hcl (2 mg/ml, 10 mg/5ml)</i>	2	
<i>memantine hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>memantine hcl 28 x 5 mg & 21 x 10 mg tab</i>	2	LC (49 cada 28 dia(s))
<i>memantine hcl er (er 7 mg cap er, er 14 mg cap er, er 21 mg cap er, er 28 mg cap er)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 100 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
QELBREE 150 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
QELBREE 200 MG CAP ER 24H	4	TE, LC (90 cada 30 dia(s))
RADICAVA ORS 105 MG/5ML SUSPENSION	5	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>	2	
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	
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i>	2	LC (900 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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>	2	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 (chlorpromazine hcl 10 mg tab, chlorpromazine hcl 25 mg tab, chlorpromazine hcl 50 mg tab, chlorpromazine hcl 100 mg tab, chlorpromazine hcl 200 mg tab, chlorpromazine hcl 30 mg/ml conc, chlorpromazine hcl 100 mg/ml conc)</i>	2	
<i>citalopram hydrobromide (10 mg tab, 20 mg tab, 40 mg tab)</i>	1	
CITALOPRAM HYDROBROMIDE (CITALOPRAM HYDROBROMIDE 10 MG/5ML SOLUTION, CITALOPRAM HYDROBROMIDE 20 MG/10ML SOLUTION, CITALOPRAM HYDROBROMIDE 30 MG CAP)	2	
<i>clomipramine hcl (25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	2	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>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (25 mg tab, 50 mg tab)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>clozapine (clozapine 12.5 mg tab disp, clozapine 25 mg tab disp, clozapine 100 mg tab disp)</i>	2	LC (270 cada 30 dia(s))
<i>clozapine 200 mg tab</i>	2	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 20 mg/5ml solution, fluoxetine hcl 60 mg tab)</i>	2	
FLUOXETINE HCL (PMDD) (10 MG TAB, 20 MG TAB)	2	
FLUOXETINE HCL 90 MG CAP DR	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>fluphenazine decanoate 25 mg/ml solution</i>	2	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>	2	
FLUPHENAZINE HCL 2.5 MG/ML SOLUTION	2	BVD
<i>fluvoxamine maleate (25 mg tab, 50 mg tab, 100 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>fluvoxamine maleate er (er 100 mg cap er, er 150 mg cap er)</i>	2	
<i>haloperidol (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
<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)	2	
<i>nortriptyline hcl (10 mg cap, 10 mg/5ml solution, 25 mg cap, 50 mg cap, 75 mg cap)</i>	2	
NUPLAZID (10 MG TAB, 34 MG CAP)	5	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>	2	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>	2	
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>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>paliperidone er 6 mg tab 24h</i>	2	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>	2	
<i>prochlorperazine maleate (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>protriptyline hcl (5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	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>	2	
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>	2	
<i>trazodone hcl (50 mg tab, 100 mg tab, 150 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>trifluoperazine hcl (1 mg tab, 2 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	2	
<i>trimipramine maleate (25 mg cap, 50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	TE
TRINTELLIX (5 MG TAB, 10 MG TAB, 20 MG TAB)	4	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
UZEDY 100 MG/0.28ML SUSP PRSYR	5	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	2	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>	2	
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)
tetrabenazine 12.5 mg tab	5	AP, LC (240 cada 30 dia(s))
tetrabenazine 25 mg tab	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))

ELECTROLÍTICO, EQUILIBRIO CALÓRICO Y EL AGUA

AMMONIA DETOXICANTS

carglumic acid 200 mg tab sol	5	AP
constulose 10 gm/15ml solution	2	
enulose 10 gm/15ml solution	2	
generlac 10 gm/15ml solution	3	
kristalose 10 gm packet	2	
lactulose (10 gm packet, 10 gm/15ml solution, 20 gm/30ml solution)	2	
lactulose 20 gm packet	2	
lactulose encephalopathy 10 gm/15ml solution	2	
sodium phenylbutyrate 3 gm/tsp powder	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	
<i>metolazone (2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab)</i>	1	
<i>tolvaptan (15 mg tab thpk, 30 & 15 mg tab thpk, 45 & 15 mg tab thpk, 60 & 30 mg tab thpk, 90 & 30 mg tab thpk)</i>	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>tolvaptan (15 mg tab, 30 mg tab)</i>	5	LC (120 cada 30 dia(s))
TOLVAPTAN 15 MG TAB	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>torsemide (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 100 mg tab)</i>	2	
<i>triamterene (50 mg cap, 100 mg cap)</i>	2	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>triamterene-hctz (37.5-25 mg cap, 37.5-25 mg tab, 75-50 mg tab)</i>	1	

ION-REMOVING AGENTS

<i>kionex 15 gm/60ml suspension</i>	2	
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>	2	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) (SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 30 GM/120ML SUSPENSION, SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) 15 GM/60ML SUSPENSION)	2	
VELTASSA (8.4 GM PACKET, 16.8 GM PACKET, 25.2 GM PACKET)	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
VELTASSA 1 GM PACKET	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
REPLACEMENT PREPARATIONS		
<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 (kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 10-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.2 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.225 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 20-5-0.9 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 30-5-0.45 meq/l-%-% solution, kcl in dextrose-nacl 40-5-0.9 meq/l-%-% solution)</i>	2	IH
KCL-LACTATED RINGERS-D5W 20 MEQ/L SOLUTION	2	IH
<i>klor-con 10 (klor-con 10 10 meq tab er, klor-con 10 10 meq tab er)</i>	3	
<i>klor-con 20 meq packet</i>	2	
KLOR-CON 8 MEQ TAB ER	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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
MULTIPLE ELECTRO TYPE 1 PH 5.5 SOLUTION	3	IH
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 solution</i>	3	IH
PLASMA-LYTE 148 SOLUTION	3	IH
PLASMA-LYTE A SOLUTION	3	IH
<i>potassium chloride (10 %, 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%))</i>	2	
<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>	2	IH
<i>potassium chloride 2 meq/ml solution</i>	2	IH
<i>potassium chloride 20 meq packet</i>	2	
<i>potassium chloride crys er (er 10 tab er, er 15 tab er, er 20 tab er)</i>	1	
<i>potassium chloride er (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>	2	IH
<i>potassium citrate er (er 5 (540 mg) tab er, er 10 (1080 mg) tab er, er 15 (1620 mg) tab er)</i>	2	
POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5% 20 MEQ/L SOLUTION	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
<i>sodium chloride (0.45 %, 3 %, 5 %)</i>	2	IH
<i>sodium chloride (pf) 0.9 % solution</i>	2	IH
SODIUM CHLORIDE 0.9 % SOLUTION	2	BVD
<i>sodium chloride 0.9 % solution</i>	2	BVD, IH
TPN ELECTROLYTES CONC	2	IH

URICOSURIC AGENTS

<i>colchicine-probenecid 0.5-500 mg tab</i>	2	
<i>probenecid 500 mg tab</i>	2	

ENZIMAS

PALYNZIQ (2.5 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 10 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 20 MG/ML SOLN PRSYR)	5	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	

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

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

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

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>ciprofloxacin hcl 0.2 % solution</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciprofloxacin hcl 0.3 % solution</i>	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone 0.3-0.1 % suspension</i>	2	
<i>erythromycin 5 mg/gm ointment</i>	2	
<i>gatifloxacin 0.5 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<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>	2	
<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>	2	
TOBREX 0.3 % OINTMENT	4	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
TRIFLURIDINE 1 % SOLUTION	2	
XDEMVIY 0.25 % SOLUTION	5	AP
ZIRGAN 0.15 % GEL	4	
ZYLET 0.5-0.3 % SUSPENSION	4	

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

ARNUITY ELLIPTA (50 MCG/ACT AER POW BA, 100 MCG/ACT AER POW BA, 200 MCG/ACT AER POW BA)	3	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>atropine sulfate (atropine sulfate 1 % solution, atropine sulfate 1 % solution)</i>	3	
<i>bromfenac sodium (once-daily) 0.09 % solution</i>	2	
<i>cyclosporine 0.05 % emulsion</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
DEXAMETHASONE SODIUM PHOSPHATE 0.1 % SOLUTION	2	
<i>diclofenac sodium 0.1 % solution</i>	2	
<i>difluprednate 0.05 % emulsion</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
FLAREX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>flunisolide 25 mcg/act (0.025%) solution</i>	2	LC (50 cada 30 OVER TIME)
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % oil</i>	2	
<i>fluorometholone 0.1 % suspension</i>	2	
FLURBIPROFEN SODIUM 0.03 % SOLUTION	2	
<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))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
FLUTICASONE PROPIONATE HFA 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>	2	
ILEVRO 0.3 % SUSPENSION	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>ketorolac tromethamine (0.4 %, 0.5 %)</i>	2	
<i>kourzeq 0.1 % paste</i>	2	
LOTEMAX 0.5 % OINTMENT	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
LOTEMAX SM 0.38 % GEL	4	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>loteprednol etabonate (0.2 % suspension, 0.5 % gel, 0.5 % suspension)</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
MAXIDEX 0.1 % SUSPENSION	4	
<i>mometasone furoate 50 mcg/act suspension</i>	2	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>	2	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>	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>bepotastine besilate 1.5 % solution</i>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>olopatadine hcl 0.6 % solution</i>	2	TE, LC (30.5 cada 30 OVER TIME)
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>	2	LC (7.5 cada 30 OVER TIME)
<i>brimonidine tartrate 0.2 % solution</i>	2	
<i>brinzolamide 1 % suspension</i>	2	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>	2	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf 2-0.5 % solution</i>	2	
<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>	2	
<i>pilocarpine hcl (1 %, 2 %, 4 %)</i>	2	
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, 0.25 % solution, 0.5 % gel f soln, 0.5 % solution)</i>	2	
<i>timolol maleate (once-daily) 0.5 % solution</i>	2	
<i>timolol maleate ocudose 0.5 % solution</i>	2	
<i>timolol maleate pf (0.25 %, 0.5 %)</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
VYZULTA 0.024 % SOLUTION	4	TE
EENT DRUGS, MISCELLANEOUS		
<i>acetic acid 2 % solution</i>	2	
APRACLONIDINE HCL 0.5 % SOLUTION	2	
CYSTADROPS 0.37 % SOLUTION	5	AP, LC (20 cada 30 OVER TIME)
CYSTARAN 0.44 % SOLUTION	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
IOPIDINE 1 % SOLUTION	4	
<i>ipratropium bromide (0.03 %, 0.06 %)</i>	2	
MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>alosetron hcl (0.5 mg tab, 1 mg tab)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>balsalazide disodium 750 mg cap</i>	2	
<i>budesonide er 9 mg tab 24h</i>	5	TE, LC (30 cada 30 dia(s))
DIPENTUM 250 MG CAP	4	
<i>mesalamine 1.2 gm tab dr</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>mesalamine 4 gm enema</i>	2	
<i>mesalamine er 0.375 gm cap 24h</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
ROWASA 4 GM KIT	4	
ANTIDIARRHEA AGENTS		
<i>loperamide hcl 2 mg cap</i>	2	
XERMELO 250 MG TAB	5	AP, LC (90 cada 30 dia(s))
ANTIEMETICS		
<i>aprepitant 125 mg cap</i>	2	LC (3 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 40 mg cap</i>	2	LC (1 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 & 125 mg cap</i>	2	LC (9 cada 30 OVER TIME), BVD
<i>aprepitant 80 mg cap</i>	2	LC (6 cada 30 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
dronabinol (2.5 mg cap, 5 mg cap, 10 mg cap)	2	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
granisetron hcl 1 mg tab	2	BVD
ondansetron (4 mg tab disp, 8 mg tab disp)	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl (4 mg tab, 8 mg tab)	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
ondansetron hcl 4 mg/5ml solution	2	BVD
VARUBI (180 MG DOSE) 2 X 90 TAB THPK	4	LC (4 cada 28 OVER TIME), BVD

ANTIULCER AGENTS AND ACID SUPPRESSANTS

bis subcit-metronid-tetracyc 140-125-125 mg cap	2	NM (No-Mantenimiento)
bismuth/metronidaz/tetracyclin 140-125-125 mg cap	2	NM (No-Mantenimiento)
cimetidine (200 mg tab, 300 mg tab, 400 mg tab, 800 mg tab)	2	
esomeprazole magnesium (20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
famotidine (40 mg tab, 40 mg/5ml recon susp)	2	
famotidine 20 mg tab	2	
lansoprazole (15 mg cap dr, 30 mg cap dr)	2	
misoprostol (100 mcg tab, 200 mcg tab)	2	
NIZATIDINE (NIZATIDINE 150 MG CAP, NIZATIDINE 300 MG CAP)	2	
omeprazole (10 mg cap dr, 20 mg cap dr, 40 mg cap dr)	2	
pantoprazole sodium (20 mg tab dr, 40 mg tab dr)	2	
pantoprazole sodium 40 mg packet	2	LC (60 cada 30 dia(s))
rabeprazole sodium 20 mg tab dr	2	LC (60 cada 30 dia(s))
sucrafate 1 gm tab	2	
sucrafate 1 gm/10ml suspension	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
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>	2	
<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>	2	
<i>peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c 100 gm recon soln</i>	2	
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>	2	
DIGESTANTS		
CREON (3000-9500 CP DR PART, 6000-19000 CP DR PART, 12000-38000 CP DR PART, 24000-76000 CP DR PART, 36000-114000 CP DR PART)	3	
PANCREAZE (2600-8800 CP DR PART, 4200-14200 CP DR PART, 10500-35500 CP DR PART, 16800-56800 CP DR PART, 21000-54700 CP DR PART, 37000-97300 CP DR PART)	3	

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

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

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

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/5ml, 10 mg/10ml)</i>	2	
METOCLOPRAMIDE HCL (METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB, METOCLOPRAMIDE HCL 10 MG TAB, METOCLOPRAMIDE HCL 5 MG TAB DISP)	2	
<i>prucalopride succinate (1 mg tab, 2 mg tab)</i>	2	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>	2	LC (720 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 180 mg tab</i>	5	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>deferasirox 250 mg tab sol</i>	5	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>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>budesonide 3 mg cp dr part</i>	2	
<i>dexamethasone (0.5 mg tab, 0.75 mg tab, 1 mg tab, 1.5 mg tab, 2 mg tab, 4 mg tab, 6 mg tab)</i>	2	
DEXAMETHASONE 0.5 MG/5ML SOLUTION	2	
<i>fludrocortisone acetate 0.1 mg tab</i>	2	
HEMADY 20 MG TAB	4	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>hydrocortisone (5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab)</i>	2	
INTRAROSA 6.5 MG INSERT	4	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>methylprednisolone (4 mg tab, 8 mg tab, 16 mg tab, 32 mg tab)</i>	2	
<i>methylprednisolone 4 mg tab thpk</i>	2	
ORAPRED ODT (ODT 10 MG TAB DISP, ODT 15 MG TAB DISP, ODT 30 MG TAB DISP)	4	
<i>prednisolone 15 mg/5ml solution</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate (prednisolone sodium phosphate 6.7 (5 base) mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 10 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution, prednisolone sodium phosphate 25 mg/5ml solution)</i>	2	
<i>prednisolone sodium phosphate 20 mg/5ml solution</i>	2	
<i>prednisone (1 mg tab, 2.5 mg tab, 5 mg tab, 10 mg tab, 20 mg tab, 50 mg tab)</i>	1	
PREDNISONE 5 MG/5ML SOLUTION	2	
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML CONC	2	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
<i>pioglitazone hcl (15 mg tab, 30 mg tab, 45 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-glimepiride (30-2 mg tab, 30-4 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl (15-500 mg tab, 15-850 mg tab)</i>	1	LC (90 cada 30 dia(s))
<i>repaglinide (0.5 mg tab, 1 mg tab, 2 mg tab)</i>	1	
<i>saxagliptin hcl (2.5 mg tab, 5 mg tab)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er (er 5-1000 mg tab er, er 5-500 mg tab er)</i>	1	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>saxagliptin-metformin er 2.5-1000 mg tab 24h</i>	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SEGLUROMET (2.5-1000 MG TAB, 2.5-500 MG TAB, 7.5-1000 MG TAB, 7.5-500 MG TAB)	4	TE, LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER (ER 50-1000 MG TAB ER 24H, ER 50-500 MG TAB ER 24H)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
SITAGLIPT BASE-METFORM HCL ER 100-1000 MG TAB 24H	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN (25 MG TAB, 50 MG TAB, 100 MG TAB)	1	LC (30 cada 30 dia(s))
SITAGLIPTIN BASE-METFORMIN HCL (50-1000 MG TAB, 50-500 MG TAB)	1	LC (60 cada 30 dia(s))
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))

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

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

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

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

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

ANTIHYPOGLYCEMIC AGENTS

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
CONTRACEPTIVES		
<i>abigale 1-0.5 mg tab</i>	3	
<i>abigale lo 0.5-0.1 mg tab</i>	3	
<i>apri 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aranelle 0.5/1/0.5-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>aviane 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>azurette 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>balziva 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>blisovi fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>briellyn 0.4-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>camila 0.35 mg tab</i>	2	
<i>cryselle-28 0.3-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>dolishale 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol 3-0.02-0.451 mg tab</i>	2	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol (3-0.02 mg tab, 3-0.03 mg tab)</i>	2	
<i>eluryng 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	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>	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>feirza 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>feirza 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>fyavolv (0.5-2.5 tab, 1-5 tab)</i>	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>gallifrey 5 mg tab</i>	2	
<i>hailey 24 fe 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>haloette 0.12-0.015 mg/24hr ring</i>	3	LC (1 cada 28 OVER TIME)
<i>heather 0.35 mg tab</i>	2	
<i>iclevia 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>introvale 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>jaimiess 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	
<i>jasmiel 3-0.02 mg tab</i>	2	
<i>jinteli 1-5 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 1.5/30 1.5-30 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 1/20 1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>junel fe 24 1-20 mg-mcg() tab</i>	2	
<i>kariva 0.15-0.02/0.01 mg (21/5) tab</i>	2	
<i>kelnor 1/35 1-35 mg-mcg tab</i>	2	
<i>lessina 0.1-20 mg-mcg tab</i>	2	
<i>levonest 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorg-eth estrad triphasic 50-30/75-40/ 125-30 mcg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 & 0.01 mg tab</i>	2	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day 0.15-0.03 mg tab</i>	2	LC (91 cada 91 dia(s))
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad 90-20 mcg tab</i>	2	
<i>levora 0.15/30 (28) 0.15-30 mg-mcg tab</i>	2	
LILETTA (52 MG) 20.1 MCG/DAY IUD	3	LC (1 cada 365 OVER TIME), BVD
LO LOESTRIN FE ESTRIN 1 MG-10 MCG / 10 MCG TAB	4	

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTROGENS AND ESTROGEN AGONISTS-ANTAGONISTS

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

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

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

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

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

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

GONADOTROPINS AND ANTIGONADOTROPINS

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

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

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

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

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

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

PARATHYROID AND ANTIPARATHYROID AGENTS

<i>calcitonin (salmon) 200 unit/act solution</i>	2	ESRD
<i>cinacalcet hcl (30 mg tab, 60 mg tab, 90 mg tab)</i>	2	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>	2	LC (15 cada 30 OVER TIME)
<i>desmopressin acetate (0.1 mg tab, 0.2 mg tab)</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
GENOTROPIN MINIQUEL (0.2 MG PRSYR, 0.4 MG PRSYR, 0.6 MG PRSYR, 0.8 MG PRSYR, 1 MG PRSYR, 1.2 MG PRSYR, 1.4 MG PRSYR, 1.6 MG PRSYR, 1.8 MG PRSYR, 2 MG PRSYR)	5	AP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ALCOHOL DETERRENTS		
<i>acamprosate calcium 333 mg tab dr</i>	2	LC (180 cada 30 dia(s))
<i>disulfiram (250 mg tab, 500 mg tab)</i>	2	
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>	2	
ANTIGOUT AGENTS		
<i>allopurinol (100 mg tab, 300 mg tab)</i>	1	
<i>colchicine 0.6 mg tab</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s))
<i>febuxostat (40 mg tab, 80 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
BONE ANABOLIC AGENTS		
EVENITY 105 MG/1.17ML SOLN PRSYR	5	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 (35 mg tab, 35 mg tab dr)</i>	2	LC (4 cada 28 OVER TIME)
<i>risedronate sodium (5 mg tab, 30 mg tab)</i>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>risedronate sodium 150 mg tab</i>	2	LC (1 cada 28 OVER TIME)
XGEVA 120 MG/1.7ML 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
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 prsyrr</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>	2	
PYZCHIVA (45 MG/0.5ML SOLN PRSYR, 45 MG/0.5ML SOLUTION)	4	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
PYZCHIVA 90 MG/ML SOLN PRSYR	5	AP, LC (3 cada 84 OVER TIME)
RIDAURA 3 MG CAP	5	
SELARSDI 45 MG/0.5ML SOLN PRSYR	4	AP, LC (2 cada 84 OVER TIME)
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)

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
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>	2	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatiramer acetate 20 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatiramer acetate 40 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (12 cada 28 OVER TIME)
<i>glatopa 20 mg/ml soln prsyr</i>	5	LC (30 cada 30 dia(s))
<i>glatopa 40 mg/ml soln prsyr</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
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

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

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

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

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>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>	2	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>	2	BVD
<i>mycophenolate sodium 180 mg tab dr</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolate sodium 360 mg tab dr</i>	2	LC (120 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolic acid 180 mg tab dr</i>	2	LC (240 cada 30 dia(s)), BVD
<i>mycophenolic acid 360 mg tab dr</i>	2	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)</i>	4	BVD
<i>sirolimus 1 mg/ml solution</i>	5	BVD
<i>sirolimus 2 mg tab</i>	2	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
<i>dalfampridine er 10 mg tab 12h</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
FILSPARI (200 MG TAB, 400 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
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 tab</i>	5	AP
VOXZOGO (0.4 MG RECON SOLN, 0.56 MG RECON SOLN, 1.2 MG RECON SOLN)	5	AP, LC (30 cada 30 dia(s))
PROTECTIVE AGENTS		
ELMIRON 100 MG CAP	4	
<i>mesna 400 mg tab</i>	5	
ANTICONCEPTIVOS SIN HORMONAS		
PHEXXI 1.8-1-0.4 % GEL	4	
AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO		
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS		
<i>cromolyn sodium 100 mg/5ml conc</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
CROMOLYN SODIUM 4 % SOLUTION	2	
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>	2	LC (60 cada 30 dia(s))

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS (RESPIRATORY)

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

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ORKAMBI (100-125 MG TAB, 200-125 MG TAB)	5	AP, LC (120 cada 30 dia(s))
ORKAMBI (75-94 MG PACKET, 100-125 MG PACKET, 150-188 MG PACKET)	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))

MUCOLYTIC AGENTS

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>	2	
<i>benzoyl peroxide-erythromycin 5-3 % gel</i>	2	
<i>ciclopirox (0.77 % gel, 1 % shampoo)</i>	2	
<i>ciclopirox 8 % solution</i>	2	NM (No-Mantenimiento)
<i>ciclopirox olamine (0.77 % cream, 0.77 % suspension)</i>	2	
CLEOCIN 100 MG SUPPOS	4	
<i>clindamycin phos (once-daily) 1 % gel</i>	2	
<i>clindamycin phos (twice-daily) 1 % gel</i>	2	
<i>clindamycin phos-benzoyl perox (1-5 % gel, 1.2-2.5 % gel)</i>	2	TE
<i>clindamycin phos-benzoyl perox 1.2-5 % gel</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>clindamycin phosphate (1 % lotion, 1 % solution, 1 % swab, 2 % cream)</i>	2	
<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>	2	
<i>econazole nitrate 1 % cream</i>	2	
ERY 2 % PAD	2	
<i>erythromycin (erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % gel, erythromycin 2 % solution)</i>	2	
<i>gentamicin sulfate (0.1 % cream, 0.1 % ointment)</i>	2	
<i>ivermectin 1 % cream</i>	2	TE, LC (45 cada 30 OVER TIME)
<i>ketoconazole (2 % cream, 2 % shampoo)</i>	2	
<i>klayesta 100000 unit/gm powder</i>	2	
<i>metronidazole (0.75 % cream, 0.75 % gel, 0.75 % lotion)</i>	2	
<i>metronidazole 1 % gel</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
MICONAZOLE 3 200 MG SUPPOS	4	
<i>mupirocin 2 % ointment</i>	2	
<i>mupirocin calcium 2 % cream</i>	2	
<i>naftifine hcl 2 % cream</i>	2	
<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>	2	
<i>nystop 100000 unit/gm powder</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>oxiconazole nitrate 1 % cream</i>	2	
<i>penciclovir 1 % cream</i>	2	
<i>permethrin 5 % cream</i>	2	
<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>	2	
<i>terconazole (0.4 %, 0.8 %)</i>	2	
<i>terconazole 80 mg suppos</i>	2	
VANDAZOLE 0.75 % GEL	2	

ANTI-INFLAMMATORY AGENTS

<i>alclometasone dipropionate (alclometasone dipropionate 0.05 % ointment, alclometasone dipropionate 0.05 % cream, alclometasone dipropionate 0.05 % ointment)</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	2	
<i>betamethasone dipropionate aug (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	2	
<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>	2	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % ointment</i>	2	
<i>calcipotriene-betameth diprop 0.005-0.064 % suspension</i>	3	
<i>clobetasol prop emollient base 0.05 % cream</i>	2	
<i>clobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % foam, 0.05 % gel, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment, 0.05 % shampoo, 0.05 % solution)</i>	2	
<i>clobetasol propionate 0.05 % liquid</i>	2	LC (125 cada 14 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>clobetasol propionate e clobetasol propionate 0.05 % cream</i>	2	
<i>desonide (0.05 % cream, 0.05 % lotion, 0.05 % ointment)</i>	2	
<i>desoximetasone (0.25 % cream, 0.25 % ointment)</i>	2	
<i>diclofenac sodium 1.5 % solution</i>	2	LC (450 cada 30 dia(s))
<i>diclofenac sodium 3 % gel</i>	2	
ENSTILAR 0.005-0.064 % FOAM	5	
EUCRISA 2 % OINTMENT	3	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>fluocinolone acetonide 0.01 % solution</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide 0.025 % ointment</i>	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp 0.01 % oil</i>	2	
<i>fluocinonide (0.05 % cream, 0.05 % gel, 0.05 % ointment, 0.05 % solution, 0.1 % cream)</i>	2	
<i>fluocinonide emulsified base 0.05 % cream</i>	2	
<i>fluticasone propionate (0.005 % ointment, 0.05 % cream)</i>	2	
<i>halobetasol propionate (0.05 % cream, 0.05 % ointment)</i>	2	
<i>hydrocortisone (hydrocortisone 1 % cream, hydrocortisone 1 % ointment, hydrocortisone 2.5 % cream, hydrocortisone 2.5 % ointment, hydrocortisone 2.5 % lotion, hydrocortisone 2.5 % lotion)</i>	2	
<i>hydrocortisone (perianal) (hydrocortisone (perianal) 1 % cream, hydrocortisone (perianal) 2.5 % cream)</i>	2	
<i>hydrocortisone 100 mg/60ml enema</i>	2	
<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	

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

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

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

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>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>	2	
<i>acitretin (10 mg cap, 17.5 mg cap, 25 mg cap)</i>	2	LC (60 cada 30 dia(s))
<i>adapalene (0.1 % cream, 0.3 % gel)</i>	2	TE
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>amnestem (10 mg cap, 20 mg cap, 30 mg cap, 40 mg cap)</i>	3	
<i>azelaic acid 15 % gel</i>	2	LC (50 cada 30 OVER TIME)
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>	2	
CALCITRIOL 3 MCG/GM OINTMENT	2	
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>	2	TE
DUPIXENT 300 MG/2ML SOLN A-INJ	5	AP, LC (8 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
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>	2	
HYFTOR 0.2 % GEL	5	AP
<i>imiquimod 5 % cream</i>	2	
<i>isotretinoin (10 mg cap, 20 mg cap, 40 mg cap)</i>	2	
<i>isotretinoin 30 mg cap</i>	2	
METHOXSALEN RAPID 10 MG CAP	5	
PANRETIN 0.1 % GEL	5	AP, LC (60 cada 30 dia(s))
<i>pimecrolimus 1 % cream</i>	2	TE
PODOFILOX 0.5 % SOLUTION	2	
SANTYL 250 UNIT/GM OINTMENT	4	
<i>tacrolimus (0.03 %, 0.1 %)</i>	2	LC (100 cada 30 OVER TIME)
<i>tazarotene (0.05 % gel, 0.1 % gel)</i>	2	
<i>tazarotene (0.05 %, 0.1 %)</i>	2	TE
<i>tretinoin (0.01 % gel, 0.025 % cream, 0.025 % gel, 0.05 % cream, 0.1 % cream)</i>	2	
<i>tretinoin 0.05 % gel</i>	2	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>	2	TE
TRETINOIN MICROSPHERE PUMP (PUMP 0.04 % GEL, PUMP 0.1 % GEL)	2	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>	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
zenatane 30 mg cap	2	
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

agoneaze 2.5-2.5 % kit	2	
lidocaine 5 % patch	2	
lidocaine viscous hcl 2 % solution	2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % cream	2	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % kit	2	
lidocan 5 % patch	2	
livixil pak 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix lite 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix lite plus 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix plus 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix ultralite 2.5-2.5 % kit	2	
prilovix ultralite plus 2.5-2.5 % kit	2	
tridacaine ii 5 % patch	2	
tridacaine iii 5 % patch	2	

RELAJANTES DEL MÚSCULO LISO

GENITOURINARY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

darifenacin hydrobromide er (er 7.5 mg tab er, er 15 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))
fesoterodine fumarate er (er 4 mg tab er, er 8 mg tab er)	2	LC (30 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

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

RESPIRATORY SMOOTH MUSCLE RELAXANTS

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

SUMINISTROS

AQ INSULIN SYRINGE (29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
AQINJECT PEN NEEDLE (PEN 31G 5 MISC, PEN 32G 4 MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD INSULIN SYRINGE MICROFINE 28G X 1/2" 1 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 31G X 15/64" 0.3 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
DROPSAFE SAFETY SYRINGE/NEEDLE (29G 1/2" 1 ML MISC, 31G 15/64" 0.3 ML MISC, 31G 15/64" 0.5 ML MISC, 31G 15/64" 1 ML MISC, 31G 5/16" 0.3 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
EMBECTA INSULIN SYRINGE (1/2" 0.5 ML MISC, 1/2" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
ESSENTA WIPES 9X9" 70 % SHEET	2	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (27G 1/2" 0.5 ML MISC, 28G 1/2" 0.5 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 (28G 1/2" 1 ML MISC, 29G 1/2" 0.5 ML MISC, 29G 1/2" 1 ML MISC, 30G 1/2" 1 ML MISC, 30G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 0.5 ML MISC, 31G 5/16" 1 ML MISC)	2	LC (200 cada 30 dia(s))
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))

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

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

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

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

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

Uncategorized

Unclassified

BD INSULIN SYRINGE U-500 31G X 6MM 0.5 ML MISC	2	LC (200 cada 30 dia(s))
BRUKINSA 160 MG TAB	5	AP, LC (60 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>	2	ESRD

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
ALTRIXA OB 15-0.4-0.6 MG TAB	3	
ATABEX EC AEX 29-1 MG DR	3	
AZESCO 13-1 MG TAB	3	
C-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
CITRANATAL 90 DHA -1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL ASSURE 35-1 & 300 MG MISC	3	
CITRANATAL B-CALM 20-1 MG & 2 X 25 MG MISC	3	
CITRANATAL DHA 27-1 & 250 MG MISC	3	
CITRANATAL HARMONY 27-1-260 MG CAP	3	
CITRANATAL RX 27-1 MG TAB	3	
CO-NATAL FA TAB	3	
COMPLETE NATAL DHA 29-1-200 & 200 MG MISC	3	
COMPLETENATE 29-1 MG CHEW TAB	3	
DERMACINRX PRETRATE 1 MG TAB	3	
DUET DHA 400 25-1 & MG MISC	3	
DUET DHA BALANCED 25-1 & 267 MG MISC	3	
EMBRIVA 13-1 MG TAB	3	
FOLATEXCEL 20-1 MG TAB	3	
INATAL GT TAB	3	
KOSHER PRENATAL PLUS IRON 30-1 MG TAB	3	
M-NATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
MATERNACEL 20-1 MG TAB	3	
MATERVIA 0.5 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
MULTI-MAC 15-0.75-1 MG TAB	3	
<i>nafrinse 2.2 (1 f) mg chew tab</i>	2	
NATACHEW NATA28-1 MG TAB	3	
NATALVIT TAB	3	
NEO-VITAL RX 1 MG TAB	3	
NEOMATERNA 20-1 MG TAB	3	
NEONATAL + DHA 29-1 & 200 MG MISC	3	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TAB	3	
NEONATAL PLUS 27-1 MG TAB	3	
NESTABS DHA 32-1 MG MISC	3	
NESTABS NESS 32-1 MG	3	
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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PREGENNA 20-1 MG TAB	3	
PRENA 1 TRUE 30-.4 & 300 MG MISC	3	
PRENA1 1.4 MG CHEW TAB	3	
PRENA1 PEARL 30-1.4-200 MG CAP ER	3	
PRENAISSANCE 29-1.25-325 MG CAP	3	
PRENAISSANCE PLUS 28-1-250 MG CAP	3	
PRENATAL 19 (19 CHEW TAB, 19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
PRENATAL 27-1 MG TAB	3	
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	

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

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

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

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

MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS/LIMITES
PRENATVITE COMPLETE 1 MG TAB	3	
PRENATVITE PLUS 1 MG TAB	3	
PREPLUS 27-1 MG TAB	3	
PRETAB PRE29-1 MG	3	
PRIMACARE 30-1-470 MG CAP	3	
PROVIDA OB 20-20-1.25 MG CAP	3	
SE-NATAL 19 (19 29-1 MG CHEW TAB, 19 29-1 MG TAB)	3	
SELECT-OB (29-0.6-0.4 MG CHEW TAB, 29-1 MG CHEW TAB)	3	
SELECT-OB+DHA 29-1 & 250 MG MISC	3	
SODIUM FLUORIDE (SODIUM FLUORIDE 0.55 (0.25 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 1.1 (0.5 F) MG TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG CHEW TAB, SODIUM FLUORIDE 2.2 (1 F) MG TAB)	2	
THRIVITE RX 29-1 MG TAB	3	
TRICARE TAB	3	
TRINATAL RX 1 60-MG TAB	3	
TRINATE TAB	3	
TRINAZ 12-1 MG TAB	3	
TRISTART DHA 31-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VINATE II 29-1 MG TAB	3	
VINATE ONE 60-1 MG TAB	3	
VIRT-NATE DHA 28-1-200 MG CAP	3	
VITAFOL FE+ 90-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL GUMMIES 3.33-0.333-34.8 MG CHEW TAB	3	

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

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

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

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 ULTRA 29-0.6-0.4-200 MG CAP	3	
VITAFOL-NANO 18-0.6-0.4 MG TAB	3	
VITAFOL-OB TAB	3	
VITAFOL-OB+DHA 65-1 & 250 MG MISC	3	
VITAFOL-ONE 29-1-200 MG CAP	3	
VITALARA 20-1 MG TAB	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	abiraterone acetate	16	abirtega	16	ABRYSVO	27	acamprosate calcium	100	acarbose	85	accutane	110	acebutolol hcl	39	acetaminophen-codeine	46	acetazolamide	101	acetazolamide er	101	acetic acid	79	acetylcysteine	100	acitretin	110	ACTHIB	27	ACTIMMUNE	102	acyclovir	10,106	acyclovir sodium	10	ADACEL	27	adapalene	110	adapalene-benzoyl peroxide	110	ADBRY	110	adefovir dipivoxil	10	ADEMPAS	106	agoneaze	112	AJOVY	55	ak-poly-bac	74	AKEEGA	16	albendazole	1	albuterol sulfate	32	albuterol sulfate hfa	32	ALBUTEROL SULFATE HFA	32	alclometasone dipropionate	108																																																																																					
	abacavir sulfate-lamivudine	10	abigale	91	abigale lo	91	ABILIFY ASIMTUFI	60	ABILIFY MAINTENA	60	alendronate sodium	100	alfuzosin hcl er	32	aliskiren fumarate	43	allopurinol	100	ALOGLIPTIN BENZOATE	85	ALOGLIPTIN-METFORMIN HCL	85	ALOGLIPTIN-PIOGLITAZONE	85	alosetron hcl	79	ALPHAGAN P	78	alprazolam	58	alprazolam er	58	ALPRAZOLAM INTENSOL	58	alprazolam xr	58	ALTRENO	110	ALTRIXA OB	116	ALUNBRIG	16	amantadine hcl	10	ambrisentan	106	amikacin sulfate	1	amiloride hcl	70	AMILORIDE-HYDROCHLOROTHIAZIDE	70	amiodarone hcl	42	amitriptyline hcl	60	AMJEVITA	101	amlodipine besy-benazepril hcl	40	amlodipine besylate	40	amlodipine besylate-valsartan	40	amlodipine-atorvastatin	37	amlodipine-olmesartan	40	ammonium lactate	110	amnestem	110	amoxapine	60	AMOXICILL-CLARITHRO-LANSOPRAZ	1	amoxicillin	1	amoxicillin-pot clavulanate	1	amphetamines-dextroamphetamine	49	amphetamine-dextroamphetamine	49	AMPHOTERICIN B	7	amphotericin b liposome	7	ampicillin	1	ampicillin sodium	1	ampicillin-sulbactam sodium	1	anagrelide hcl	34	anastrozole	95	ANORO ELLIPTA	29	APLENZIN	60	apomorphine hcl	56	APRACLONIDINE HCL	79	aprepitant	79	apri	91	APTIVUS	10	AQ INSULIN SYRINGE	113	AQINJECT PEN NEEDLE	113	AQNEURSA	103	aranelle	91	ARANESP (ALBUMIN FREE)	35,36	ARCALYST	103	AREXVY	27	arformoterol tartrate	32	ARIKAYCE	1	aripiprazole	60	ARISTADA	61	ARISTADA INITIO	61	armodafinil	49	ARNUITY ELLIPTA	76	ascomp-codeine	46	asenapine maleate	61	ASMANEX (120 METERED DOSES)	83	ASMANEX (30 METERED DOSES)	83	ASMANEX (60 METERED DOSES)	83	ASMANEX HFA

aspirin-dipyridamole er.....	45	balsalazide disodium.....	79	BIKTARVY.....	10
ASTAGRAF XL.....	102	BALVERSA.....	17	bimatoprost.....	78
ATABEX EC.....	116	balziva.....	91	bis subcit-metronid-tetracycl.....	80
atazanavir sulfate.....	10	BAQSIMI ONE PACK.....	90	bismuth/metronidaz/tetracyclin.....	80
atenolol.....	39	BAQSIMI TWO PACK.....	90	bisoprolol fumarate.....	39
atenolol-chlorthalidone.....	39	BARACLUDE.....	10	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	39
atomoxetine hcl.....	59	BAXDELA.....	2	BIVIGAM.....	26
atorvastatin calcium.....	37	BCG VACCINE.....	27	blisovi fe 1.5/30.....	91
atovaquone.....	9	BD INSULIN SYRINGE.....		BOOSTRIX.....	27
atovaquone-proguanil hcl.....	9	MICROFINE.....	113	bosentan.....	106
atropine sulfate.....	76	BD INSULIN SYRINGE U-500.....	115	BOSULIF.....	17
ATROVENT HFA.....	29	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE.....	113	BRAFTOVI.....	17
AUGTYRO.....	16	SYRINGE.....	113	BREO ELLIPTA.....	33
AUSTEDO.....	68	BELSOMRA.....	58	brey-na.....	33
AUSTEDO XR.....	68	benazepril hcl.....	43	BREZTRI AEROSPHERE.....	29
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION.....	69	benazepril-hydrochlorothiazide.....	43	briellyn.....	91
AUVELITY.....	61	BENLYSTA.....	102	brimonidine tartrate.....	78
AUVI-Q.....	33	benzoyl peroxide-erythromycin.....	106	brinzolamide.....	78
aviane.....	91	benztropine mesylate.....	56	BRIVIACT.....	50
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	16	bepotastine besilate.....	78	bromfenac sodium (once-daily).....	76
AYVAKIT.....	16	BESIVANCE.....	74	bromocriptine mesylate.....	56
AZASITE.....	74	BESREMI.....	102	BRUKINSA.....	17,115
azathioprine.....	102	betaine.....	103	budesonide.....	84
azelaic acid.....	110	betamethasone dipropionate.....	108	budesonide er.....	79
azelastine hcl.....	77	aug.....	108	budesonide-formoterol fumarate.....	33
azelastine-fluticasone.....	105	betamethasone valerate.....	108	bumetanide.....	70
AZELEX.....	110	betaxolol hcl.....	39	buprenorphine.....	46
AZESCO.....	116	BETAXOLOL HCL.....	78	buprenorphine hcl.....	46
azithromycin.....	1,2	bethanechol chloride.....	31	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	46,47
aztreonam.....	2	BETOPTIC-S.....	78	bupropion hcl.....	61
azurette.....	91	BEVESPI AEROSPHERE.....	29	bupropion hcl er (smoking det).....	61
B		bexarotene.....	17,110	bupropion hcl er (sr).....	61
bac (butalbital-acetamin-caff).....	46	BEXSERO.....	27	bupropion hcl er (xl).....	61
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	74	bicalutamide.....	17	buspirone hcl.....	58
BACITRACIN.....	74	BICILLIN C-R.....	2	butalbital-apap-caff-cod.....	47
bacitracin-polymyxin b.....	74	BICILLIN C-R 900/300.....	2	butalbital-apap-caffeine.....	47
baclofen.....	31	BICILLIN L-A.....	2	butalbital-asa-caff-codeine.....	47
				butalbital-aspirin-caffeine.....	47

C		cefoxitin sodium.....	2	claravis.....	110
		CEFPODOXIME PROXETIL...	3	clarithromycin.....	3
C-NATE DHA.....	116	cefprozil.....	3	clarithromycin er.....	3
cabergoline.....	56	CEFTAZIDIME.....	3	CLENPIQ.....	81
CABLIVI.....	34	ceftriaxone sodium.....	3	CLEOCIN.....	106
CABOMETYX.....	17	cefuroxime axetil.....	3	clindamycin hcl.....	3
calcipotriene.....	110	cefuroxime sodium.....	3	clindamycin palmitate hcl.....	3
calcipotriene-betameth		celecoxib.....	47	clindamycin phos (once-daily)	106
diprop.....	108	cephalexin.....	3	clindamycin phos (twice-daily)	106
calcitonin (salmon).....	97	cetirizine hcl.....	16	clindamycin phos-benzoyl	
CALCITRIOL.....	110	cevimeline hcl.....	31	perox.....	106
calcitriol.....	115	CHEMET.....	83	clindamycin phosphate.....	3,107
CALQUENCE.....	17	CHENODAL.....	81	clindamycin phosphate in d5w...	4
camila.....	91	chlorhexidine gluconate.....	74	CLINIMIX E/DEXTROSE	
candesartan cilexetil.....	43	chloroquine phosphate.....	9	(2.75/5).....	69
candesartan cilexetil-hctz...	43	chlorthalidone.....	61	CLINIMIX E/DEXTROSE	
CAPLYTA.....	61	cholestyramine.....	71	(4.25/10).....	69
CAPRELSA.....	17	cholestyramine light.....	38	CLINIMIX E/DEXTROSE	
captopril.....	43	CIBINQO.....	110	(5/15).....	69
carbamazepine.....	50,51	ciclopirox.....	106	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbamazepine er.....	51	ciclopirox olamine.....	106	(5/20).....	69
carbidopa.....	57	cilostazol.....	34	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa.....	57	CILOXAN.....	74	(8/10).....	69
carbidopa-levodopa er.....	57	CIMDUO.....	10	CLINIMIX E/DEXTROSE	
carbidopa-levodopa-		cimetidine.....	80	(8/14).....	69
entacapone.....	57	cinacalcet hcl.....	97	CLINIMIX/DEXTROSE	
carglumic acid.....	69	CIPRO HC.....	74	(4.25/10).....	70
carisoprodol.....	31	ciprofloxacin hcl.....	3,75	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	70
CARTEOLOL HCL.....	39	ciprofloxacin in d5w.....	3	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)...	70
cartia xt.....	40	ciprofloxacin-dexamethasone	75	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)...	70
carvedilol.....	39	citalopram hydrobromide.....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (6/5)...	70
carvedilol phosphate er.....	39	CITALOPRAM		CLINIMIX/DEXTROSE (8/10)...	70
caspofungin acetate.....	7	HYDROBROMIDE.....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (8/14)...	70
CAYSTON.....	2	CITRANATAL 90 DHA.....	116	clinisol sf.....	70
CEFACLOR.....	2	CITRANATAL ASSURE.....	116	clobazam.....	51
CEFACLOR ER.....	2	CITRANATAL B-CALM.....	116	clobetasol prop emollient	
cefadroxil.....	2	CITRANATAL DHA.....	116	base.....	108
cefazolin sodium.....	2	CITRANATAL HARMONY...	116	clobetasol propionate.....	108
cefdinir.....	2	CITRANATAL RX.....	116	clobetasol propionate e.....	109
cefepime hcl.....	2				
cefixime.....	2				

clomipramine hcl.....	61	CYCLOPHOSPHAMIDE.....	17	DEXAMETHASONE SODIUM	
clonazepam.....	51	cyclosporine.....	76,102	PHOSPHATE.....	76
clonidine.....	43	cyclosporine modified.....	103	dexmethylphenidate hcl er.....	49
clonidine hcl.....	43	cyproheptadine hcl.....	15,16	dextroamphetamine sulfate....	49
clonidine hcl er.....	43	CYSTADROPS.....	79	dextroamphetamine sulfate er.	49
clopidogrel bisulfate.....	34	CYSTAGON.....	103	dextrose.....	70
clorazepate dipotassium.....	58	CYSTARAN.....	79	dextrose-sodium chloride.....	72
clotrimazole.....	107			DIACOMIT.....	51
clotrimazole-		D		diazepam.....	58
betamethasone.....	107	dabigatran etexilate mesylate.	34	diazepam intensol.....	58
clozapine.....	62	dalfampridine er.....	103	diazoxide.....	90
CO-NATAL FA.....	116	DALVANCE.....	4	diclofenac potassium.....	47
COARTEM.....	9	danazol.....	85	diclofenac potassium(migraine)	47
COBENFY.....	62	dantrolene sodium.....	31	diclofenac sodium.....	47,76,109
COBENFY STARTER PACK.	62	DANZITEN.....	17	diclofenac sodium er.....	47
colchicine.....	100	dapsone.....	8,110	dicloxacillin sodium.....	4
colchicine-probenecid.....	74	DAPTACEL.....	27	dicyclomine hcl.....	30
colesevelam hcl.....	38	daptomycin.....	4	DIFICID.....	4
colestipol hcl.....	38	darifenacin hydrobromide er.	112	diflunisal.....	47
colistimethate sodium (cba)...	4	darunavir.....	10	difluprednate.....	76
COMBIGAN.....	78	dasatinib.....	17	digoxin.....	42
COMBIVENT RESPIMAT....	30	DAURISMO.....	18	dihydroergotamine mesylate....	32
COMETRIQ (100 MG DAILY		deferasirox.....	83	DILANTIN.....	51
DOSE).....	17	deferasirox granules.....	83	DILANTIN INFATABS.....	51
COMETRIQ (140 MG DAILY		deferiprone.....	83	DILANTIN-125.....	51
DOSE).....	17	DELSTRIGO.....	10	dilt-xr.....	40
COMETRIQ (60 MG DAILY		DEPO-ESTRADIOL.....	95	diltiazem hcl.....	40
DOSE).....	17	DEPO-SUBQ PROVERA	104,98	diltiazem hcl er.....	41
COMPLETE NATAL DHA....	116	depo-testosterone.....	85	diltiazem hcl er beads.....	41
COMPLETENATE.....	116	DERMACINRX PRETRATE.	116	diltiazem hcl er coated beads..	41
compro.....	62	DESCOVY.....	10	dimethyl fumarate.....	102
constulose.....	69	desipramine hcl.....	62	dimethyl fumarate starter	
COPIKTRA.....	17	desloratadine.....	16	pack.....	102
CORLANOR.....	42	desmopressin ace spray refrig	97	DIPENTUM.....	79
COTELLIC.....	17	desmopressin acetate.....	97	diphenoxylate-atropine.....	30
CREON.....	81	desonide.....	109	DIPHENOXYLATE-ATROPINE	30
CRINONE.....	98	desoximetasone.....	109	disulfiram.....	100
cromolyn sodium.....	104,105	DESVENLAFAXINE ER.....	62	DIURIL.....	71
CROMOLYN SODIUM.....	105	desvenlafaxine succinate er...	62	divalproex sodium.....	51
cryselle-28.....	91	dexamethasone.....	84	divalproex sodium er.....	51
cyclobenzaprine hcl.....	31	DEXAMETHASONE.....	84	dofetilide.....	42

dolishale.....	91	eletriptan hydrobromide.....	56	erlotinib hcl.....	18
donepezil hcl.....	31	ELIGARD.....	96	errin.....	91
DOPTELET.....	36	ELIQUIS.....	34	ertapenem sodium.....	4
dorzolamide hcl.....	78	ELIQUIS DVT/PE STARTER		ERY.....	107
dorzolamide hcl-timolol mal.....	78	PACK.....	34	erythrocine lactobionate.....	4
dorzolamide hcl-timolol mal		ELMIRON.....	104	erythromycin.....	4,75,107
pf.....	78	eltrombopag olamine.....	36	erythromycin base.....	4
dotti.....	95	eluryng.....	91	erythromycin ethylsuccinate.....	4,5
DOVATO.....	10	EMBECTA INSULIN		erythromycin lactobionate.....	5
doxazosin mesylate.....	37	SYRINGE.....	114	ERZOFRI.....	62,63
doxepin hcl.....	62	EMBECTA INSULIN SYRINGE		escitalopram oxalate.....	63
doxercalciferol.....	115	U-500.....	115	eslicarbazepine acetate.....	52
doxy 100.....	4	EMBRIVA.....	116	esomeprazole magnesium.....	80
doxycycline hyclate.....	4	EMGALITY.....	56	ESSENTIA WIPES 9X9".....	114
doxycycline monohydrate.....	4	EMGALITY (300 MG DOSE).....	56	estarylla.....	91
DRIZALMA SPRINKLE.....	62	EMSAM.....	62	estradiol.....	95
dronabinol.....	80	emtricitab-rilpivir-tenofovir df.....	11	estradiol-norethindrone acet.....	91
DROPSAFE SAFETY		emtricitabine.....	11	eszopiclone.....	58
SYRINGE/NEEDLE.....	114	emtricitabine-tenofovir df.....	11	ethacrynic acid.....	71
drospirenone-eth estrad-		EMTRIVA.....	11	ethambutol hcl.....	8
levomefol.....	91	enalapril maleate.....	44	ethosuximide.....	52
drospirenone-ethinyl		enalapril-hydrochlorothiazide.....	44	ethynodiol diac-eth estradiol.....	91
estradiol.....	91	ENGERIX-B.....	27	etodolac.....	47
droxidopa.....	33	enilloring.....	91	etodolac er.....	47
DUAVEE.....	95	enoxaparin sodium.....	34	etonogestrel-ethinyl estradiol.....	91
DUET DHA 400.....	116	ENSPRYNG.....	103	etravirine.....	11
DUET DHA BALANCED.....	116	ENSTILAR.....	109	EUCRISA.....	109
duloxetine hcl.....	62	entacapone.....	57	EULEXIN.....	18
DUPIXENT.....	110,111	entecavir.....	11	EVENITY.....	100
dutasteride.....	99	ENTRESTO.....	44	everolimus.....	18
dutasteride-tamsulosin hcl.....	32	enulose.....	69	EVOTAZ.....	11
		ENVARUS XR.....	103	exemestane.....	95
E		EPIDIOLEX.....	51	ezetimibe.....	38
econazole nitrate.....	107	EPINEPHRINE.....	33	ezetimibe-simvastatin.....	38
EDARBYCLOR.....	44	epinephrine.....	33		
EDURANT.....	11	eplerenone.....	44	F	
EDURANT PED.....	11	EPOGEN.....	36	famciclovir.....	11
efavirenz.....	11	EPRONTIA.....	51	famotidine.....	80
efavirenz-emtricitab-tenofovir df.....	11	EQUETRO.....	51	FANAPT.....	63
efavirenz-lamivudine-		ERIVEDGE.....	18	FANAPT TITRATION PACK A.....	63
tenofovir.....	11	ERLEADA.....	18	FARXIGA.....	85

FASENRA.....	105	fluorometholone.....	76	galantamine hydrobromide.....	31
FASENRA PEN.....	105	fluorouracil.....	111	GALANTAMINE	
febuxostat.....	100	fluoxetine hcl.....	63	HYDROBROMIDE.....	31
feirza 1.5/30.....	91	FLUOXETINE HCL.....	63	galantamine hydrobromide er..	31
feirza 1/20.....	91	FLUOXETINE HCL (PMDD)...	63	gallifrey.....	92
felbamate.....	52	fluphenazine decanoate.....	63	GAMMAGARD.....	26
felodipine er.....	41	fluphenazine hcl.....	63	GAMMAGARD S/D LESS IGA.	26
FEMRING.....	95	FLUPHENAZINE HCL.....	63	GAMMAKED.....	26
fenofibrate.....	38	flurbiprofen.....	47	GAMMAPLEX.....	26
fenofibrate micronized.....	38	FLURBIPROFEN SODIUM...	76	GAMUNEX-C.....	26
fenofibric acid.....	38	fluticasone propionate....	76,109	GARDASIL 9.....	28
fenoprofen calcium.....	47	FLUTICASONE PROPIONATE		gatifloxacin.....	75
fentanyl.....	47	DISKUS.....	76	GAVILYTE-C.....	81
FERRIPROX.....	83	FLUTICASONE PROPIONATE		gavilyte-g.....	81
fesoterodine fumarate er..	112	HFA.....	76,77	gavilyte-n with flavor pack....	81
FETZIMA.....	63	fluticasone-salmeterol.....	33	GAVRETO.....	18
FETZIMA TITRATION.....	63	FLUTICASONE-		gefitinib.....	18
FILSPARI.....	103	SALMETEROL.....	33	gemfibrozil.....	38
FILSUVEZ.....	111	fluvastatin sodium.....	38	GEMTESA.....	113
FINACEA.....	111	fluvoxamine maleate.....	63	generlac.....	69
finasteride.....	99	fluvoxamine maleate er.....	64	gengraf.....	103
fingolimod hcl.....	102	FML FORTE.....	77	GENOTROPIN.....	98
FINTEPLA.....	52	FOLATEXCEL.....	116	GENOTROPIN MINIQUICK....	97
FIRDAPSE.....	104	fondaparinux sodium.....	34	GENTAMICIN IN SALINE.....	5
FIRMAGON.....	96	formoterol fumarate.....	33	gentamicin sulfate.....	5,75,107
FIRMAGON (240 MG DOSE)	96	fosamprenavir calcium.....	11	GENVOYA.....	11
FIRVANQ.....	5	fosfomycin tromethamine....	15	GILOTRIF.....	18
FLAREX.....	76	fosinopril sodium.....	44	glatiramer acetate.....	102
flavoxate hcl.....	113	fosinopril sodium-hctz.....	44	glatopa.....	102
flecainide acetate.....	42	FOTIVDA.....	18	GLEOSTINE.....	18
fluconazole.....	7	frovatriptan succinate.....	56	glimepiride.....	85
fluconazole in sodium chloride	7	FRUZAQLA.....	18	glipizide.....	86
flucytosine.....	7	FULPHILA.....	36	glipizide er.....	86
fludrocortisone acetate.....	84	furosemide.....	43,71	glipizide xl.....	86
flunisolide.....	76	FUROSEMIDE.....	71	glipizide-metformin hcl.....	86
fluocinolone acetonide...	76,109	fyavolv.....	91	glucagon emergency.....	90
fluocinolone acetonide		FYCOMPA.....	52	glyburide-metformin.....	86
scalp.....	109	FYLNETRA.....	36	glycopyrrolate.....	30
fluocinonide.....	109			GLYXAMBI.....	86
fluocinonide emulsified		G		GOMEKLI.....	18
base.....	109	gabapentin.....	52	granisetron hcl.....	80

GRANIX.....	36	HYDROCODONE-	INLYTA.....	19
griseofulvin microsize.....	7	ACETAMINOPHEN.....	INQOVI.....	19
griseofulvin ultramicrosize.....	7	hydrocortisone.....	INREBIC.....	19
guanfacine hcl er.....	59	hydrocortisone (perianal)....	INSULIN ASP PROT & ASP	
H		hydrocortisone-acetic acid....	FLEXPEN.....	86
HADLIMA.....	101	hydromorphone hcl.....	INSULIN ASPART.....	87
HADLIMA PUSHTOUCH....	101	hydroxychloroquine sulfate....	INSULIN ASPART FLEXPEN..	87
HAEGARDA.....	101	hydroxyzine hcl.....	INSULIN ASPART PENFILL...	87
hailey 24 fe.....	92	hydroxyzine pamoate.....	INSULIN ASPART PROT &	
halobetasol propionate.....	109	HYFTOR.....	ASPART.....	87
haloette.....	92	I	INSULIN DEGLUDEC.....	87
haloperidol.....	64	ibandronate sodium.....	INSULIN DEGLUDEC	
haloperidol decanoate.....	64	IBRANCE.....	FLEXTOUCH.....	87
haloperidol lactate.....	64	IBTROZI.....	INSULIN LISPRO.....	87
HAVRIX.....	28	ibu.....	INSULIN LISPRO (1 UNIT	
heather.....	92	ibuprofen.....	DIAL).....	87
HEMADY.....	84	icatibant acetate.....	INSULIN LISPRO JUNIOR	
heparin sodium (porcine). 34,35		iclevia.....	KWIKPEN.....	87
heparin sodium (porcine) pf. 35		ICLUSIG.....	INSULIN LISPRO PROT &	
HEPLISAV-B.....	28	icosapent ethyl.....	LISPRO.....	87
HERNEXEOS.....	18	IDHIFA.....	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-	
HETLIOZ LQ.....	58	ILEVRO.....	100.....	114
HIBERIX.....	28	imatinib mesylate.....	INTELENCE.....	11
HUMALOG.....	86	IMBRUVICA.....	INTRAROSA.....	84
HUMALOG JUNIOR		imipenem-cilastatin.....	introvale.....	92
KWIKPEN.....	86	imipramine hcl.....	INVEGA HAFYERA.....	64
HUMALOG KWIKPEN.....	86	imipramine pamoate.....	INVEGA SUSTENNA.....	64
HUMALOG MIX 50/50.....	86	imiquimod.....	INVEGA TRINZA.....	64
HUMALOG MIX 50/50		IMKELDI.....	IOPIDINE.....	79
KWIKPEN.....	86	IMOVAX RABIES.....	IPOL.....	28
HUMALOG MIX 75/25.....	86	IMPAVIDO.....	ipratropium bromide.....	30,79
HUMALOG MIX 75/25		IMVEXXY MAINTENANCE	ipratropium-albuterol.....	30
KWIKPEN.....	86	PACK.....	irbesartan.....	44
HUMULIN R U-500		IMVEXXY STARTER PACK..	irbesartan-hydrochlorothiazide	44
(CONCENTRATED).....	86	INATAL GT.....	ISENTRESS.....	11,12
HUMULIN R U-500		INCRELEX.....	ISENTRESS HD.....	12
KWIKPEN.....	86	INCRUSE ELLIPTA.....	ISOLYTE-P IN D5W.....	70
hydralazine hcl.....	43	indapamide.....	ISOLYTE-S PH 7.4.....	72
hydrochlorothiazide.....	71	indomethacin.....	isoniazid.....	8
hydrocodone-acetaminophen	47	INFANRIX.....	isosorbide dinitrate.....	45
			isosorbide mononitrate.....	45

isosorbide mononitrate er	45	KERENDIA	44	lamotrigine starter kit-blue	53
isotretinoin	111	ketoconazole	8,107	lamotrigine starter kit-green	53
isradipine	41	ketorolac tromethamine	77	lamotrigine starter kit-orange	53
ISTURISA	104	KEVEYIS	101	LAMPIT	9
ITOVEBI	19	KINRIX	27	lansoprazole	80
itraconazole	7,8	kionex	71	LANTUS	88
ivabradine hcl	42	KISQALI (200 MG DOSE)	19	LANTUS SOLOSTAR	88
ivermectin	1,107	KISQALI (400 MG DOSE)	19	lapatinib ditosylate	20
IWILFIN	19	KISQALI (600 MG DOSE)	19	latanoprost	78
IXIARO	28	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE)	19	LAZCLUZE	20
		KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	19	LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR	12
		KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	19	leflunomide	101
jaimiess	92	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	20	lenalidomide	20
JAKAFI	19	klayesta	107	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	20
jantoven	35	klor-con	72	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	20
JANUMET	87	KLOR-CON	72	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	20
JANUMET XR	87	klor-con 10	72	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	20
JANUVIA	87	klor-con m10	72	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	20
JARDIANCE	87	klor-con m15	72	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	20
jasmiel	92	klor-con m20	72	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	20
JAYPIRCA	19	KOSELUGO	20	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	20
JENTADUETO	87	KOSHER PRENATAL PLUS IRON	116	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	20
JENTADUETO XR	87,88	kourzeq	77	lessina	92
jinteli	92	KRAZATI	20	letrozole	95
JULUCA	12	KRINTAFEL	9	leucovorin calcium	100
junel 1.5/30	92	kristalose	69	LEUKERAN	20
junel 1/20	92			LEUKINE	36
junel fe 1.5/30	92			leuprolide acetate	96
junel fe 1/20	92			LEUPROLIDE ACETATE (3 MONTH)	96
junel fe 24	92			levalbuterol hcl	33
JUXTAPID	38			LEVALBUTEROL TARTRATE	33
JYNNEOS	28			levetiracetam	53
				levetiracetam er	53

LEVOBUNOLOL HCL.....	78	LORBRENA.....	20	MARATHON MEDICAL	
levocetirizine dihydrochloride	16	loryna.....	93	PENTIPS.....	114
levofloxacin.....	5	losartan potassium.....	44	maraviroc.....	12
LEVOFLOXACIN.....	75	losartan potassium-hctz.....	44	marlissa.....	93
levofloxacin in d5w.....	5	LOTEMAX.....	77	MARPLAN.....	65
levonest.....	92	LOTEMAX SM.....	77	MATERNACEL.....	116
levonorg-eth estrad triphasic	92	loteprednol etabonate.....	77	MATERVIA.....	116
levonorgest-eth estrad 91- day.....	92	lovastatin.....	38	MATULANE.....	21
levonorgestrel-ethinyl estrad	92	loxapine succinate.....	65	matzim la.....	41
levora 0.15/30 (28).....	92	lubiprostone.....	82	MAVYRET.....	12
levothyroxine sodium.....	99	LUMAKRAS.....	20,21	MAXIDEX.....	77
levoxyl.....	99	LUMIGAN.....	78	MECLOFENAMATE SODIUM	48
lidocaine.....	112	LUPKYNIS.....	103	medroxyprogesterone acetate	98
lidocaine viscous hcl.....	112	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	96	mefloquine hcl.....	9
lidocaine-prilocaine.....	112	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	97	megestrol acetate.....	98
lidocan.....	112	LUPRON DEPOT (4-MONTH)	97	MEKINIST.....	21
LILETTA (52 MG).....	92	LUPRON DEPOT (6-MONTH)	97	MEKTOVI.....	21
linezolid.....	5	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....	97	meleya.....	93
LINZESS.....	82	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....	97	meloxicam.....	48
liothyronine sodium.....	99	lurasidone hcl.....	65	memantine hcl.....	59
lisdexamfetamine dimesylate	49	lutera.....	93	memantine hcl er.....	59
lisinopril.....	44	LYBALVI.....	65	MENQUADFI.....	28
lisinopril-hydrochlorothiazide	44	lyleq.....	93	MENVEO.....	28
lithium.....	64	lyllana.....	96	mercaptopurine.....	21
lithium carbonate.....	65	LYNPARZA.....	21	meropenem.....	5
lithium carbonate er.....	65	LYSODREN.....	21	merzee.....	93
livixil pak.....	112	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	21	mesalamine.....	79
LIVTENCITY.....	12	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	21	mesalamine er.....	79
LO LOESTRIN FE.....	92	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	21	mesna.....	104
loestrin 1.5/30 (21).....	93			metaxalone.....	32
loestrin 1/20 (21).....	93			metformin hcl.....	88
loestrin fe 1.5/30.....	93			metformin hcl er.....	88
loestrin fe 1/20.....	93			methadone hcl.....	48
lofexidine hcl.....	33			methazolamide.....	78
LOKELMA.....	71	M		methenamine hippurate.....	15
LONSURF.....	20	M-M-R II.....	28	methimazole.....	99
loperamide hcl.....	79	M-NATAL PLUS.....	116	methocarbamol.....	32
lopinavir-ritonavir.....	12	MAGELLAN INSULIN SAFETY		METHOTREXATE SODIUM... 21	
lorazepam.....	58	SYR.....	114	methotrexate sodium.....	21
lorazepam intensol.....	58	magnesium sulfate.....	53	methotrexate sodium (pf).....	21
				METHOXSALLEN RAPID.....	111

methscopolamine bromide	30	MONOJECT ULTRA COMFORT	NAYZILAM	59
methsuximide	53	SYRINGE	nebivolol hcl	39
methylphenidate	49	montelukast sodium	necon 0.5/35 (28)	93
methylphenidate hcl	49,50	morphine sulfate	NEFAZODONE HCL	65
methylphenidate hcl er	50	morphine sulfate er	NEO-VITAL RX	117
methylphenidate hcl er (cd)	50	MOUNJARO	NEOMATERNA	117
methylphenidate hcl er (la)	50	MOVANTIK	neomycin sulfate	5
methylphenidate hcl er (osm)	50	moxifloxacin hcl	neomycin-bacitracin zn-	
methylprednisolone	84	MOXIFLOXACIN HCL IN	polymyx	75
metoclopramide hcl	82	NACL	neomycin-polymyxin-dexameth	75
METOCLOPRAMIDE HCL	82	MRESVIA	NEOMYCIN-POLYMYXIN-	
metolazone	71	MULPLETA	GRAMICIDIN	75
metoprolol succinate er	39	MULTAQ	neomycin-polymyxin-hc	75
metoprolol tartrate	39	MULTI-MAC	NEONATAL + DHA	117
metoprolol-		MULTIPLE ELECTRO TYPE 1	NEONATAL COMPLETE	117
hydrochlorothiazide	39	PH 5.5	NEONATAL PLUS	117
metronidazole	9,107	multiple electro type 1 ph 7.4	NERLYNX	21
metyrosine	104	mupirocin	NESTABS	117
mexiletine hcl	42	mupirocin calcium	NESTABS DHA	117
micafungin sodium	8	MYALEPT	NEULASTA	36
MICONAZOLE 3	107	mycophenolate mofetil	NEUPOGEN	36
microgestin 1.5/30	93	mycophenolate sodium	NEVANAC	77
microgestin 1/20	93	mycophenolic acid	nevirapine	12
microgestin fe 1.5/30	93	MYFEMBREE	NEVIRAPINE	12
microgestin fe 1/20	93	MYRBETRIQ	nevirapine er	12
midodrine hcl	33		NEXLETOL	38
mifepristone	88	N	NEXLIZET	38
MIGLITOL	88	na sulfate-k sulfate-mg sulf	NEXPLANON	93
mili	93	nabumetone	niacin er (antihyperlipidemic)	38
mimvey	93	nadolol	nicardipine hcl	41
minocycline hcl	5	nafcillin sodium	NICOTROL NS	30
minoxidil	43	nafrinse	nifedipine	41
mirtazapine	65	naftifine hcl	nifedipine er	41
misoprostol	80	naloxone hcl	nifedipine er osmotic release	41
modafinil	50	naltrexone hcl	nilotinib hcl	21
MODEYSO	21	naproxen	nilutamide	21
moexipril hcl	44	naproxen sodium	nimodipine	41
MOLINDONE HCL	65	naratriptan hcl	NIMODIPINE	43
mometasone furoate	77,109	NATACHEW	NINLARO	22
MONOJECT INSULIN		NATALVIT	nisoldipine er	41
SYRINGE	114	nateglinide	nitazoxanide	9

nitisinone.....	104	NUBEQA.....	22	ondansetron hcl.....	80
NITRO-BID.....	45	NUPLAZID.....	65	ONUREG.....	22
nitrofurantoin.....	15	NURTEC.....	56	OPIPZA.....	65
nitrofurantoin macrocrystal.....	15	NUTRILIPID.....	70	OPSUMIT.....	106
nitrofurantoin monohyd.....		NUZYRA.....	5	ORAPRED ODT.....	84
macro.....	15	nyamyc.....	107	ORFADIN.....	104
nitroglycerin.....	46	nylia 1/35.....	94	ORGOVYX.....	97
NITROLINGUAL.....	46	nylia 7/7/7.....	94	ORIAHNN.....	96
NITYR.....	104	NYMALIZE.....	43	ORLISSA.....	97
NIVESTYM.....	36	nystatin.....	8,107	ORKAMBI.....	106
NIZATIDINE.....	80	nystatin-triamcinolone.....	107	ORLADEYO.....	101
norelgestromin-eth estradiol.....	93	nystop.....	107	orquidea.....	94
norethindrone.....	93	NYVEPRIA.....	36	ORSERDU.....	22
norethindrone acet-ethinyl.....				oseltamivir phosphate.....	13
est.....	93	O		OSPHERA.....	96
norethindrone acetate.....	93	OB COMPLETE ONE.....	117	oxcarbazepine.....	53
norethindrone-eth estradiol.....	93	OB COMPLETE PETITE.....	117	oxcarbazepine er.....	53
norgestim-eth estrad.....		OB COMPLETE PREMIER.....	117	oxiconazole nitrate.....	108
triphasic.....	93	OB COMPLETE/DHA.....	117	oxybutynin chloride.....	113
norgestimate-eth estradiol.....	93	OBSTETRIX EC (WITH.....		oxybutynin chloride er.....	113
NORPACE CR.....	42	DOCUSATE).....	117	oxycodone hcl.....	48
nortrel 0.5/35 (28).....	93	OCTAGAM.....	26,27	oxycodone-acetaminophen.....	48
nortrel 1/35 (21).....	94	octreotide acetate.....	98		
nortrel 1/35 (28).....	94	ODEFSEY.....	12	P	
nortrel 7/7/7.....	94	ODOMZO.....	22	pacerone.....	42
nortriptyline hcl.....	65	OFEV.....	105	paliperidone er.....	66
NORVIR.....	12	ofloxacin.....	6,75	PALYNZIQ.....	74
NOVOLOG.....	88	OGSIVEO.....	22	PANCREAZE.....	81
NOVOLOG 70/30 FLEXPEN.....		OJEMDA.....	22	PANRETIN.....	111
RELION.....	88	OJJAARA.....	22	pantoprazole sodium.....	80
NOVOLOG FLEXPEN.....	88	olanzapine.....	65	paricalcitol.....	115
NOVOLOG FLEXPEN.....		olanzapine-fluoxetine hcl.....	65	paroxetine hcl.....	66
RELION.....	88	olmesartan medoxomil.....	44	PAROXETINE HCL.....	66
NOVOLOG MIX 70/30.....	88	olmesartan medoxomil-hctz.....	44	paroxetine hcl er.....	66
NOVOLOG MIX 70/30.....		olmesartan-amlodipine-hctz.....	41	PAXLOVID.....	13
FLEXPEN.....	88	olopatadine hcl.....	78	PAXLOVID (150/100).....	13
NOVOLOG MIX 70/30.....		omega-3-acid ethyl esters.....	38	PAXLOVID (300/100).....	13
RELION.....	88	omeprazole.....	80	pazopanib hcl.....	22
NOVOLOG PENFILL.....	88	OMNARIS.....	77	PEDIARIX.....	27
NOVOLOG RELION.....	88	OMNITROPE.....	98	PEDVAX HIB.....	28
NOXAFIL.....	8	ondansetron.....	80	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	81

peg-3350/electrolytes.....	81	pioglitazone hcl-glimepiride... 89	prasugrel hcl.....	35
peg-3350/electrolytes/ascorbat... 81		pioglitazone hcl-metformin hcl.89	pravastatin sodium.....	38
peg-kcl-nacl-nasulf-na asc-c. 81		piperacillin sod-tazobactam so. 6	praziquantel.....	1
PEGASYS.....	13	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	prazosin hcl.....	37
PEMAZYRE.....	22	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	prednisolone.....	84
PEN NEEDLES.....	115	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	prednisolone acetate.....	77
PENBRAYA.....	28		PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE.....	77
penciclovir.....	108	pirfenidone.....	prednisolone sodium phosphate.....	84
penicillamine.....	83	PIRFENIDONE.....	prednisone.....	84
PENICILLIN G POT IN DEXTROSE.....	6	piroxicam.....	PREDNISONE.....	84
penicillin g potassium.....	6	pitavastatin calcium.....	PREDNISONE INTENSOL.....	84
PENICILLIN G SODIUM.....	6	PLASMA-LYTE 148.....	pregabalin.....	54
penicillin v potassium.....	6	PLASMA-LYTE A.....	PREGEN DHA.....	117
PENMENVY.....	28	plenamine.....	PREGENNA.....	118
PENTACEL.....	27	PLENVU.....	PREMARIN.....	96
pentamidine isethionate.....	9	PNV 27-CA/FE/FA.....	PREMASOL.....	70
PENTIPS.....	115	PNV PRENATAL PLUS MULTIVIT+DHA.....	PREMPHASE.....	96
pentoxifylline er.....	35	PNV TABS 20-1.....	PREMPRO.....	96
perampanel.....	53,54	PNV TABS 29-1.....	PRENA 1 TRUE.....	118
PERINDOPRIL ERBUMINE.....	45	PNV-DHA+DOCUSATE.....	PRENA1.....	118
periogard.....	75	PNV-SELECT.....	PRENA1 PEARL.....	118
permethrin.....	108	PODOFILOX.....	PRENAISSANCE.....	118
perphenazine.....	66	polymyxin b-trimethoprim.....	PRENAISSANCE PLUS.....	118
PERSERIS.....	66	POMALYST.....	PRENATAL.....	118
PERTZYE.....	82	portia-28.....	PRENATAL 19.....	118
phenelzine sulfate.....	66	posaconazole.....	PRENATAL PLUS.....	118
phenobarbital.....	54	potassium chloride.....	PRENATAL PLUS IRON.....	118
phenoxybenzamine hcl.....	32	potassium chloride crys er....	PRENATAL PLUS VITAMIN/MINERAL.....	118
phenytek.....	54	potassium chloride er.....	PRENATAL VITAMIN PLUS LOW IRON.....	118
phenytoin.....	54	potassium chloride in dextrose.....	PRENATE DHA.....	118
phenytoin infatabs.....	54	potassium chloride in nacl....	PRENATE ELITE.....	118
phenytoin sodium extended..	54	potassium citrate er.....	PRENATE ENHANCE.....	118
PHEXXI.....	104	POTASSIUM CL IN DEXTROSE 5%.....	PRENATE MINI.....	118
PIFELTRO.....	13	pramipexole dihydrochloride..	PRENATE PIXIE.....	118
pilocarpine hcl.....	31,78	pramipexole dihydrochloride er.....	PRENATE RESTORE.....	118
pimecrolimus.....	111		PRENATRIX.....	118
PIMOZIDE.....	66		PRENATRYL.....	118
pindolol.....	40			
pioglitazone hcl.....	89			

PRENATVITE COMPLETE	119	PROQUAD	28	RECOMBIVAX HB	28
PRENATVITE PLUS	119	PROSOL	70	RECTIV	46
PREPLUS	119	protriptyline hcl	66	RELENZA DISKHALER	13
PRETAB	119	PROVIDA OB	119	RELEUKO	36
PRETOMANID	8	prucalopride succinate	82	repaglinide	89
prevalite	38	PULMOZYME	106	REPATHA	38
PREVYMIS	13	pyrazinamide	8	REPATHA SURECLICK	38
PREZCOBIX	13	pyridostigmine bromide	31	RETACRIT	37
PREZISTA	13	pyridostigmine bromide er	31	RETEVMO	23
PRIFTIN	8	pyrimethamine	10	REVCovi	74
prilovix	112	PYRUKYND	104	REVUFORJ	23
prilovix lite	112	PYRUKYND TAPER PACK	104	REXULTI	66
prilovix lite plus	112	PYZCHIVA	101	REYATAZ	13
prilovix plus	112	Q		REYVOW	56
prilovix ultralite	112			REZDIFFRA	82
prilovix ultralite plus	112	QELBREE	59,60	REZLIDHIA	23
PRIMACARE	119	QINLOCK	22	REZUROCK	103
primaquine phosphate	9	QNASL	77	RHOPRESSA	78
PRIMIDONE	54	QNASL CHILDRENS	77	RIBAVIRIN	14
primidone	54	QUADRACEL	27	RIDAURA	101
PRIORIX	28	quetiapine fumarate	66	rifabutin	8
PRIVIGEN	27	quetiapine fumarate er	66	rifampin	9
PRO COMFORT PEN		quinapril hcl	45	riluzole	60
NEEDLES	115	QUINIDINE SULFATE	43	risedronate sodium	100
probenecid	74	quinine sulfate	10	risperidone	66,67
prochlorperazine	66	QULIPTA	56	RISPERIDONE	67
prochlorperazine maleate	66	R		risperidone microspheres er	67
procto-med hc	109			ritonavir	14
proctosol hc	109	RABAVERT	28	rivastigmine	31
proctozone-hc	110	rabeprazole sodium	80	rivastigmine tartrate	31
progesterone	98	RADICAVA ORS	60	rizatriptan benzoate	56
PROGRAF	103	RADICAVA ORS STARTER		ROCKLATAN	78
PROLIA	100	KIT	60	roflumilast	113
promethazine hcl	16	RALDESY	66	ROMVIMZA	23
PROMETHEGAN	16	raloxifene hcl	96	ropinirole hcl	57
propafenone hcl	42	ramelteon	59	ropinirole hcl er	57
propafenone hcl er	43	ramipril	45	rosuvastatin calcium	39
propranolol hcl	40	ranolazine er	43	ROTARIX	29
PROPRANOLOL HCL	40	rasagiline mesylate	57	ROTATEQ	29
propranolol hcl er	40	RASUVO	22,23	ROWASA	79
propylthiouracil	99	reclipsen	94	ROZLYTREK	23

RUBRACA.....	23	SODIUM CHLORIDE.....	74	sulfamethoxazole-trimethoprim..	6
rufinamide.....	54	sodium chloride (pf).....	74	sulfasalazine.....	6
RUKOBIA.....	14	SODIUM FLUORIDE.....	119	sulindac.....	48
RYDAPT.....	23	sodium phenylbutyrate.....	69	sumatriptan.....	56
RYTARY.....	57	sodium polystyrene sulfonate..	71	sumatriptan succinate.....	56
S		SOFOSBUVIR-		sunitinib malate.....	23
		VELPATASVIR.....	14	SUNLENCA.....	14
SAFYRAL.....	94	SOHONOS.....	32	SUNOSI.....	60
SANTYL.....	111	solifenacin succinate.....	113	SUPREP BOWEL PREP KIT..	81
sapropterin dihydrochloride..	104	SOLQUA.....	89	SURE COMFORT PEN	
SAVAYSA.....	35	SOLTAMOX.....	96	NEEDLES.....	115
saxagliptin hcl.....	89	SOMAVERT.....	98,99	SUTAB.....	81
saxagliptin-metformin er....	89	sorafenib tosylate.....	23	SYMLINPEN 120.....	89
SCSEMBLIX.....	23	sotalol hcl.....	40	SYMLINPEN 60.....	89
scopolamine.....	30	sotalol hcl (af).....	40	SYMPAZAN.....	54
SE-NATAL 19.....	119	SPINOSAD.....	108	SYMPROIC.....	82
SECUADO.....	67	SPIRIVA HANDIHALER.....	30	SYMTUZA.....	14
SEGLUROMET.....	89	SPIRIVA RESPIMAT.....	30	SYNAREL.....	97
SELARSDI.....	101	spironolactone.....	45	SYNJARDY.....	89
SELECT-OB.....	119	spironolactone-hctz.....	45	SYNJARDY XR.....	90
SELECT-OB+DHA.....	119	sprintec 28.....	94	SYNTHROID.....	99
selegiline hcl.....	57	SPRITAM.....	54	T	
SELZENTRY.....	14	SPS (SODIUM POLYSTYRENE			
SEREVENT DISKUS.....	34	SULF).....	71	TABLOID.....	24
sertraline hcl.....	67	sronyx.....	94	TABRECTA.....	24
SHINGRIX.....	29	ssd.....	108	tacrolimus.....	103,111
SIGNIFOR.....	98	STEGLATRO.....	89	tadalafil.....	46
sildenafil citrate.....	46	STIMUFEND.....	37	tadalafil (pah).....	46
silodosin.....	32	STIOLTO RESPIMAT.....	30	TADLIQ.....	46
silver sulfadiazine.....	108	STIVARGA.....	23	TAFINLAR.....	24
SIMBRINZA.....	78	STREPTOMYCIN SULFATE...	6	TAGRISSO.....	24
simvastatin.....	39	STRIBILD.....	14	TALTZ.....	101
sirolimus.....	103	STRIVERDI RESPIMAT.....	34	TALZENNA.....	24
SIRTURO.....	9	SUCRAID.....	74	tamoxifen citrate.....	96
SITAGLIPT BASE-METFORM		sucrafate.....	80	tamsulosin hcl.....	32
HCL ER.....	89	SUFLAVE.....	81	tarina 24 fe.....	94
SITAGLIPTIN.....	89	sulfacetamide sodium.....	75	TARPEYO.....	85
SITAGLIPTIN BASE-		sulfacetamide sodium (acne)	108	tasimelteon.....	59
METFORMIN HCL.....	89	SULFACETAMIDE-		TAVALISSE.....	35
SIVEXTRO.....	6	PREDNISOLONE.....	75	TAVNEOS.....	101
sodium chloride.....	74	sulfadiazine.....	6	tazarotene.....	111

TAZVERIK.....	24	TIVICAY PD.....	14	tri-sprintec.....	94
TEFLARO.....	6	tizanidine hcl.....	32	tri-vylibra lo.....	94
telmisartan.....	45	TOBRADEX.....	75	triamcinolone acetonide... 77,110	
TELMISARTAN-		tobramycin.....	7,75	triamterene.....	71
AMLODIPINE.....	41	tobramycin sulfate.....	7	triamterene-hctz.....	71
telmisartan-hctz.....	45	tobramycin-dexamethasone... 75		triazolam.....	59
temazepam.....	59	TOBREX.....	75	TRICARE.....	119
TENIVAC.....	27	tolcapone.....	57	tridacaine ii.....	112
tenofovir disoproxil fumarate... 14		tolterodine tartrate.....	113	tridacaine iii.....	112
TEPMETKO.....	24	tolterodine tartrate er.....	113	triderm.....	110
terazosin hcl.....	37	tolvaptan.....	71	TRIENTINE HCL.....	83
terbinafine hcl.....	8	TOLVAPTAN.....	71	trifluoperazine hcl.....	67
terbutaline sulfate.....	34	topiramate.....	54,55	TRIFLURIDINE.....	76
terconazole.....	108	toremifene citrate.....	96	trihexyphenidyl hcl.....	57
teriflunomide.....	102	torpenz.....	24	TRIHEXYPHENIDYL HCL.....	57
teriparatide.....	100	torsemide.....	71	TRIJARDY XR.....	90
testosterone.....	85	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	90	trimethoprim.....	15
testosterone cypionate.....	85	TOUJEO SOLOSTAR.....	90	trimipramine maleate.....	67
TESTOSTERONE		TPN ELECTROLYTES.....	74	TRINATAL RX 1.....	119
ENANTHATE.....	85	TRADJENTA.....	90	TRINATE.....	119
tetrabenazine.....	69	tramadol hcl.....	49	TRINAZ.....	119
tetracycline hcl.....	6	tramadol hcl er.....	49	TRINTELLIX.....	67
THALOMID.....	102	tramadol-acetaminophen.....	49	TRISTART DHA.....	119
theophylline er.....	113	trandolapril.....	45	TRIUMEQ.....	14
thioridazine hcl.....	67	TRANDOLAPRIL-VERAPAMIL		TRIUMEQ PD.....	14
thiothixene.....	67	HCL ER.....	42	TROPHAMINE.....	70
THRIVITE RX.....	119	tranexamic acid.....	34	trospium chloride.....	113
tiadylt er.....	42	tranylcypromine sulfate.....	67	trospium chloride er.....	113
tiagabine hcl.....	54	TRAVASOL.....	70	TRULICITY.....	90
TIBSOVO.....	24	trazodone hcl.....	67	TRUMENBA.....	29
ticagrelor.....	35	TRELEGY ELLIPTA.....	30	TRUQAP.....	24
TICOVAC.....	29	TRELSTAR MIXJECT.....	97	TUKYSA.....	24
tigecycline.....	6	tretinoin.....	24,111	TURALIO.....	24
tilia fe.....	94	tretinoin microsphere.....	111	turqoz.....	94
timolol maleate.....	40,78	TRETINOIN MICROSPHERE		TWINRIX.....	29
timolol maleate (once-daily)... 78		PUMP.....	111	TYBOST.....	14
timolol maleate ocudose.....	78	TREXALL.....	24	TYENNE.....	102
timolol maleate pf.....	78	tri-estarylla.....	94	TYMLOS.....	100
tinidazole.....	10	tri-legest fe.....	94	TYPHIM VI.....	29
TIROSINT-SOL.....	99	tri-lo-estarylla.....	94	TYRVAYA.....	77
TIVICAY.....	14	tri-lo-sprintec.....	94		

W

X

XELJANZ XR.....	102	zenatane.....	111,112
XERMELO.....	79	ZENPEP.....	82
XGEVA.....	100	ZEPBOUND.....	50
XHANCE.....	77	zidovudine.....	15
XIFAXAN.....	7	ZIEXTENZO.....	37
XIGDUO XR.....	90	ZIPHEX.....	120
XIIDRA.....	77	ziprasidone hcl.....	68
XOFLUZA (40 MG DOSE)...	15	ziprasidone mesylate.....	68
XOFLUZA (80 MG DOSE)...	15	ZIRGAN.....	76
XOLAIR.....	105	ZOLINZA.....	26
XOSPATA.....	25	zolmitriptan.....	56
XPOVIO (100 MG ONCE		zolpidem tartrate.....	59
WEEKLY).....	25	zolpidem tartrate er.....	59
XPOVIO (40 MG ONCE		ZONISADE.....	55
WEEKLY).....	25	zonisamide.....	55
XPOVIO (40 MG TWICE		ZORYVE.....	112
WEEKLY).....	25	zovia 1/35 (28).....	95
XPOVIO (60 MG ONCE		zovia 1/35e (28).....	95
WEEKLY).....	25	ZTALMY.....	55
XPOVIO (60 MG TWICE		ZURZUVAE.....	68
WEEKLY).....	25	ZYDELIG.....	26
XPOVIO (80 MG ONCE		ZYKADIA.....	26
WEEKLY).....	25	ZYLET.....	76
XPOVIO (80 MG TWICE			
WEEKLY).....	25		
XTANDI.....	26		
xulane.....	95		

Y

YF-VAX.....	29
YORVIPATH.....	97
yuvaferm.....	96

Z

zafirlukast.....	105
zaleplon.....	59
ZALVIT.....	120
ZARXIO.....	37
ZEJULA.....	26
ZELAPAR.....	57
ZELBORAF.....	26



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

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

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

Select Health Medicare Enhanced (HMO) 007

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

Del 1 de octubre al 31 de marzo:

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

Del 1 de abril al 30 de septiembre:

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

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

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

Envío de la lista de medicamentos recetados disponibles aprobados por HPMS ID 25019 Version 29