

Medicare y Mucho Más
MMM ELA Relax (HMO-POS)
MMM ELA Cash (HMO-POS)

Formulario para 2022
(Lista de Medicamentos Cubiertos)

**POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN
SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN**

HPMS ID 22549, Versión 24

Este formulario fue actualizado el 22 de noviembre de 2022. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470 (los usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469), de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., o visite www.mmmpr.com.

Nota para los afiliados actuales: Este formulario ha cambiado desde el año pasado. Por favor, revise este documento para asegurarse de que aún contiene los medicamentos que toma.

Cuando esta Lista de Medicamentos (Formulario) dice “nosotros”, “nos” o “nuestro”, hace referencia a MMM Healthcare, LLC. Cuando dice “plan” o “nuestro plan”, hace referencia a MMM ELA Relax/ MMM ELA Cash.

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 22 de noviembre de 2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Generalmente, tiene que visitar las farmacias de la red para usar su beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, el Formulario, la red de farmacias y/o los copagos/el coaseguro pueden cambiar el 1 de enero de 2022 y periódicamente durante el año.

¿Qué es el Formulario de Medicare y Mucho Mas?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos seleccionados por nuestro plan con la colaboración de un equipo de proveedores de atención médica, que representa los tratamientos con receta que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Normalmente, nuestro plan cubrirá los medicamentos incluidos en el formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de nuestro plan y se cumpla con otras reglas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos recetados, consulte su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

La mayoría de los cambios en la cubierta de medicamentos ocurren el 1 de enero, pero nuestro plan podría agregar o quitar medicamentos de la Lista de Medicamentos durante el año, moverlos a diferentes niveles de costo compartido o agregar nuevas restricciones. Tenemos que seguir las reglas de Medicare al hacer estos cambios.

Cambios que pueden afectarle este año: En los casos a continuación, usted se verá afectado por los cambios de cubierta durante el año:

- **Nuevos medicamentos genéricos.** Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel o en un nivel de costo compartido más bajo y con las mismas o menos restricciones. Además, cuando agreguemos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente está tomando ese medicamento de marca, quizás no le informemos con antelación antes de que realicemos el cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre el(los) cambio(s) específico(s) que hemos realizado.
 - Si hacemos dicho cambio, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?”.
- **Medicamentos retirados del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro Formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos de inmediato dicho medicamento de nuestro Formulario y le notificaremos a los afiliados que toman el medicamento en cuestión.
- **Otros cambios.** Podemos hacer otros cambios que afectan a los afiliados que actualmente toman un medicamento. Por ejemplo, podemos agregar un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado para reemplazar un medicamento de marca que actualmente se encuentre en el Formulario o agregar nuevas restricciones al medicamento de marca o moverlo a un nivel de costo compartido diferente o ambos. O bien, podemos hacer cambios basados en nuevas pautas clínicas. Si retiramos medicamentos de nuestro Formulario, o agregamos pre-autorizaciones, restricciones de límite de cantidad o de terapia escalonada en un medicamento, o si pasamos un medicamento a un nivel superior de costo compartido, tenemos que notificarles a los afiliados afectados por el cambio, al menos 30 días antes de que entre en vigencia dicho cambio, o cuando el afiliado solicite una repetición del medicamento, momento en el cual el afiliado recibirá un suministro del medicamento para un mes.

- Si realizamos estos otros cambios, usted o el médico que le receta puede solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de marca para usted. En el aviso que le proporcionamos también se incluirá información sobre cómo solicitar una excepción, y usted también puede encontrar información en la sección a continuación titulada “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?”.

Cambios que no le afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento en nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no descontinuaremos ni reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de póliza 2022, excepto como descrito anteriormente. Esto significa que, por el resto del año de cubierta, estos medicamentos continuarán disponibles al mismo costo compartido y sin nuevas restricciones para aquellos afiliados que estén tomándolos. No recibirá notificación directa este año sobre los cambios que no le afectan. Sin embargo, el 1 de enero del próximo año, dichos cambios le afectarían, y es importante consultar la Lista de Medicamentos para el nuevo año de beneficios con respecto a cualquier cambio en los medicamentos.

El Formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y en la contraportada. En el caso de cambios al Formulario a mediados de año en medicamentos que no son de mantenimiento, todos los afiliados afectados serán notificados por correo (al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia). Además, una versión actualizada de nuestro Formulario impreso se actualizará la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro sitio web: www.mmmpr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas de encontrar su medicamento dentro del Formulario:

Condición médica

El Formulario comienza en la página 12. Los medicamentos en este Formulario están agrupados por categorías según el tipo de condiciones médicas para las cuales son utilizados. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una condición cardíaca se agrupan dentro de la categoría Agentes Cardiovasculares. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 10. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Lista en orden alfabético

Si no está seguro de cuál categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 168. El Índice proporciona una lista en orden alfabético de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que aparece en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan cubre tanto medicamentos de marca como genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA) dado que se considera que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Normalmente, los medicamentos genéricos cuestan menos que los de marca.

¿Hay alguna restricción en mi cubierta?

Algunos medicamentos cubiertos pueden tener requisitos adicionales o límites de cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que usted o su médico obtenga una pre-autorización para determinados medicamentos. Esto significa que necesitará contar con la aprobación de nuestro plan antes de obtener sus medicamentos con receta. Si no consigue la autorización, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Por ejemplo, nuestro plan proporciona 60 tabletas por receta para *glimepiride*. Esto puede ser adicional a un suministro estándar para un mes o tres meses.
- **Terapia escalonada:** En algunos casos, nuestro plan requiere que usted primero pruebe ciertos medicamentos para tratar su condición médica antes de que cubramos otro medicamento para esa enfermedad. Por ejemplo, si tanto el medicamento A como el medicamento B tratan su condición médica, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe primero el medicamento A. Si el medicamento A no funciona para usted, entonces nuestro plan cubrirá el medicamento B.

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos adicionales o límites, consulte el Formulario que empieza en la página 12. También puede obtener más información sobre las restricciones que aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de pre-autorización y terapia escalonada. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarnos una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su condición médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?” en la página 5 para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Qué pasa si mi medicamento no está en el Formulario?

Si su medicamento no está incluido en este Formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Afiliado y preguntar si su medicamento está cubierto.

Si resulta que nuestro plan no cubre su medicamento, tiene dos alternativas:

- Puede pedirle a Servicios al Afiliado una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por nuestro plan. Cuando reciba la lista, muéstrelela a su médico y pídale que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.
- Puede solicitar que nuestro plan haga una excepción y cubra su medicamento. Consulte a continuación para obtener información sobre cómo solicitar una excepción.

¿Cómo solicito que se haga una excepción al Formulario de Medicare y Mucho Más?

Puede solicitarle a nuestro plan que haga una excepción a nuestras reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que puede solicitarnos.

- Puede pedirnos que cubramos un medicamento, incluso si no está en nuestro Formulario. Si se aprueba, este medicamento estará cubierto a un nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá pedirnos que le brindemos el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedirnos que cubramos un medicamento en el Formulario a un nivel de costo compartido menor si este medicamento no está incluido en el nivel de medicamentos especializados. Si se aprueba, esto reduciría la cantidad que usted tiene que pagar por su medicamento.
- Puede pedirnos que no apliquemos restricciones de cubierta o límites a su medicamento. Por ejemplo, para algunos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedirnos que hagamos una excepción al límite y cubramos una cantidad mayor.

Por lo general, nuestro plan solo aprobará su solicitud de excepción si las alternativas de medicamentos incluidas en el Formulario del plan, el medicamento de menor costo compartido o las restricciones de uso adicionales no fueran tan efectivas para tratar su condición o pudieran causarle efectos médicos adversos.

Debe comunicarse con nosotros para solicitarnos una decisión inicial de cubierta para una excepción al Formulario, una excepción de nivel o de restricción de uso. **Cuando solicita una excepción al Formulario, una excepción de nivel o de restricción de uso, debe presentar una declaración de su médico de cabecera o quien le receta, que respalde su solicitud.** Por lo general, tenemos que tomar una decisión dentro de las 72 horas a partir de la fecha de haber recibido la declaración que respalda su solicitud por parte del médico que le receta. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico consideran que esperar 72 horas para la toma de una decisión podría perjudicar gravemente su salud. Si se le concede el trámite rápido de la solicitud, tenemos que comunicarle nuestra decisión a más tardar dentro de las 24 horas después de haber recibido la declaración de respaldo de su médico o de quien le receta.

¿Qué hago antes de poder hablar con mi médico sobre cambiar mis medicamentos o solicitar una excepción?

Como afiliado nuevo o que ya estaba en nuestro plan, es posible que esté tomando medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario. O, puede que esté tomando un medicamento incluido en nuestro Formulario, pero su capacidad para conseguirlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra preautorización antes de poder obtener su medicamento con receta. Debe consultar con su médico para decidir si debe cambiar su medicamento por uno apropiado que nosotros cubramos o solicitar una excepción al Formulario para que le cubramos el medicamento que toma. Mientras evalúa con su médico el curso a seguir más apropiado en su caso, podemos cubrir su medicamento, en algunos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea un afiliado de nuestro plan.

Por cada uno de sus medicamentos que no estén incluidos en nuestro Formulario, o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, cubriremos un suministro temporero para 30 días. Si su receta está hecha para menos días, permitiremos que obtenga repeticiones por un máximo de hasta 30 días del medicamento. Después del primer suministro para 30 días, no pagaremos por estos medicamentos, incluso si ha sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si es residente de una institución de cuidado prolongado y necesita un medicamento que no está en nuestro Formulario o si su capacidad para conseguir sus medicamentos es limitada, pero ya pasaron los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, cubriremos un suministro de emergencia, para 31 días, de ese medicamento mientras solicita la excepción al Formulario.

Para aquellos afiliados que son dados de alta de un hospital o de cualquiera otra institución de cuidado a sus hogares, o si su capacidad para obtener sus medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suministro temporero de 30 días de los medicamentos que no están en nuestro Formulario o que tienen una restricción de uso, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para obtener más información

Para obtener información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados de su plan, consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en la portada y en la contraportada.

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

Formulario de MMM ELA Relax / MMM ELA Cash

El formulario a continuación proporciona información sobre la cubierta de medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene alguna dificultad para encontrar en la lista el medicamento que toma, consulte el Índice que comienza en la página 168.

La primera columna de la tabla menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca están en letra mayúscula (por ejemplo, JENTADUETO) y los medicamentos genéricos están en letra minúscula y cursiva (por ejemplo, *glipizide*).

La información incluida en la columna de Requisitos/Límites indica si el plan tiene algún requisito especial para la cubierta de su medicamento.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$4,430.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM ELA Relax (HMO- POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	4	Marca No Preferida	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

* Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$4,430.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (algunos medicamentos en algunos niveles). También recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$7,050.00.

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los siguientes niveles:

MMM ELA Relax (HMO- POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	25% ó \$5.00	25% ó \$10.00	25% ó \$10.00
	2	Genérico	25% ó \$5.00	25% ó \$10.00	25% ó \$10.00
	3	Marca Preferida	25% ó \$20.00/ Insulinas \$0.00	25% ó \$40.00/ Insulinas \$0.00	25% ó \$40.00
	4	Marca No Preferida	25% ó \$35.00	25% ó \$70.00	25% ó \$70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

* Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050.00, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.95 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 por todos los demás medicamentos.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos pagado por usted y nuestro plan alcance \$4,430.00, usted paga lo siguiente por medicamentos recetados:

MMM ELA Cash (HMO- POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	2	Genérico	\$0.00	\$0.00	\$0.00
	3	Marca Preferida	\$3.00/ Insulinas \$0.00	\$6.00/ Insulinas \$0.00	\$6.00
	4	Marca No Preferida	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

* Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que su costo total anual en medicamentos alcance \$4,430.00, usted recibe cubierta limitada por el plan (algunos medicamentos en algunos niveles). También recibirá un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 25% del costo del plan por medicamentos de marca y 25% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que el costo anual que paga de su bolsillo por medicamentos alcance \$7,050.00.

El plan ofrece cubierta adicional durante la brecha para los siguientes niveles:

MMM ELA Cash (HMO- POS)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)	Copago por cantidad al detal (90 días)	Copago por orden por correo (90 días)
	1	Genérico Preferido	25% ó \$5.00	25% ó \$10.00	25% ó \$10.00
	2	Genérico	25% ó \$5.00	25% ó \$10.00	25% ó \$10.00
	3	Marca Preferida	25% ó \$20.00/ Insulinas \$0.00	25% ó \$40.00/ Insulinas \$0.00	25% ó \$40.00
	4	Marca No Preferida	25% ó \$35.00	25% ó \$70.00	25% ó \$70.00
	5	Especialidad	25%	No Cubierto	No Cubierto

* Insulinas no disponibles en órdenes por correo.

Luego de que sus costos totales anuales de su bolsillo por medicamentos alcancen los \$7,050.00, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.95 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$9.85 por todos los demás medicamentos.

Para más información sobre cómo aplica el nivel de copago, por favor revise su Evidencia de Cubierta.

Símbolos y abreviaturas utilizadas en el Formulario

PA - medicamentos que requieren preautorización

QL (###/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite para el máximo de días de suministro.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej., Medicamentos especializados)

MT - medicamentos de mantenimiento (ej., suministro de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)

CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta

ED – Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

Tabla de Contenido

Agentes Antidemencia	12
Agentes Antigota.....	12
Agentes Antimiasténicos.....	13
Agentes Bipolares	13
Agentes Cardiovasculares	16
Agentes Del Sistema Nervioso Central.....	30
Agentes Dermatológicos	34
Agentes Gastrointestinales	40
Agentes Genitourinarios.....	43
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	45
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales).....	46
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	54
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas).....	54
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides).....	54
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	56
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	56
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides).....	57
Agentes Inmunológicos.....	57
Agentes Oftálmicos	68
Agentes Orales Y Dentales	73
Agentes Oticos	73
Agentes Para El Desorden Del Sueño	74
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción.....	75
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	76
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	77
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson.....	79

Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	82
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	83
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio.....	85
Analgésicos	92
Anestésicos	98
Ansiolíticos.....	98
Antibacteriales.....	100
Anticonvulsivos.....	110
Antidepresivos.....	116
Antieméticos.....	121
Antifungales	122
Antimicobacteriales.....	124
Antineoplásicos	125
Antiparasíticos.....	137
Antisicóticos.....	138
Antivirales	143
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas	150
Antídotos	155
Productos Sanguíneos Y Modificadores	155
Reguladores De Glucosa En Sangre.....	158
Relajantes Musculo Esqueletales	165
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	166

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antidemencia			
<i>Agentes Antidemencia, Otros</i>			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antagonistas Del Receptor De N-Metil-D-Aspartato (Nmda)			
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	NAMENDA XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	NAMENDA	2	MT; CG
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	NAMENDA TITRATION PAK	2	MT; CG
Inhibidores De Colinesterasa			
<i>donepezil hcl oral tablet 23 mg</i>	ARICEPT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	RAZADYNE ER	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>		2	MT; CG
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	EXELON	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Antigota			
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	ZYLOPRIM	1	MT; CG
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	MITIGARE	3	MT
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	COLCRYS	2	MT
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MT; CG
<i>febuxostat oral tablet 40 mg, 80 mg</i>	ULORIC	2	MT
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral solution 60 mg/5ml</i>	MESTINON	2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	2	MT; CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
<i>lamotrigine oral tablet 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG		5	PA
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG		2	PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	CG
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)
Estabilizadores De Humor			
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	CARBATROL	2	MT; CG
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg</i>	LITHOBID	2	MT; CG
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 450 mg</i>		2	MT; CG
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>		1	MT; CG
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares			
Agentes Bloqueadores Beta-Adrenérgicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MT; CG
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TENORMIN	1	MT; CG
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	COREG	1	MT; CG
<i>carvedilol phosphate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	COREG CR	2	MT; CG
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	1	MT; CG
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>		1	MT; CG
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	CORGARD	2	MT; CG
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	INDERAL LA	2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	TEKTURNA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg</i>	LOTREL	1	MT; CG
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 2.5-10 mg, 5-40 mg</i>		1	MT; CG
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	EXFORGE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg</i>	CADUET	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-atorvastatin oral tablet 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	AZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	EXFORGE HCT	1	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg</i>	TENORETIC 100	2	MT; CG
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 50-25 mg</i>	TENORETIC 50	2	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	LOTENSIN HCT	1	MT; CG
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-6.25 mg</i>		1	MT; CG
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	ZIAC	1	MT; CG
CAMZYOS ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	ATACAND HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg</i>	VASERETIC	1	MT; CG
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 25 mg</i>		1	MT; CG
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	AVALIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ZESTORETIC	1	MT; CG
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 50-12.5 mg</i>	HYZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>		1	MT; CG
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	DEMSEER	5	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	BENICAR HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	TRIBENZOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
ORLADEYO ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	ACCURETIC	1	MT; CG
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	RANEXA	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	2	MT; CG
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-12.5 mg, 80-25 mg</i>	MICARDIS HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>		1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg</i>	MAXZIDE-25	1	MT; CG
<i>triamterene-hctz oral tablet 75-50 mg</i>	MAXZIDE	1	MT; CG
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	DIOVAN HCT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes De Bloqueo Alfa-Adrenérgicos			
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, Dihidropiridinas			
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	1	MT; CG
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	AFEDITAB CR	1	MT; CG
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	1	MT; CG
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		2	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	1	MT; CG
Agentes De Bloqueo De Los Canales De Calcio, No Dihidropiridinas			
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>	TAZTIA XT	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>	TIADYLT ER	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>	CARTIA XT	2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	MATZIM LA	2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		1	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>		1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
<i>droxidopa oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	NORTHERA	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT
Antagonista Receptores Angiotensina Ii (Arb)			
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	ATACAND	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	AVAPRO	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	COZAAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	BENICAR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	MICARDIS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	DIOVAN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Antiarrítmicos			
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>		1	MT; CG
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	PACERONE	2	MT; CG
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG		2	QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG		2	PA
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG		2	QL (30 EA per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 250 MCG		2	PA
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>		2	PA
<i>digoxin oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digoxin oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>digoxin oral tablet 62.5 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 420 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral tablet extended release 24 hour 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>		2	MT; CG
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CARDIZEM	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl oral tablet 90 mg</i>		1	MT; CG
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>		1	MT; CG
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
MATZIM LA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG		2	MT; CG
<i>mexiletine hcl oral capsule 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	RYTHMOL SR	2	MT; CG
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine gluconate er oral tablet extended release 324 mg</i>		2	MT; CG
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>		2	MT; CG
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG		2	MT; CG
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE AF	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	SORINE	2	MT; CG
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG		1	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	VERELAN PM	2	MT; CG
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg</i>	VERELAN	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CALAN SR	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG
Dislipidémicos, Derivados De Acido Fíbrico			
<i>fenofibrate micronized oral capsule 130 mg, 134 mg, 200 mg, 43 mg, 67 mg</i>		1	MT; CG
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 48 mg</i>	TRICOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 160 mg, 54 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibric acid oral capsule delayed release 135 mg, 45 mg</i>	TRILIPIX	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	LOPID	1	MT; CG
Dislipidémicos, Inhibidores De La Reductasa De Hmg Coa			
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LIPITOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 20 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fluvastatin sodium oral capsule 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 5 mg, 80 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>		2	MT; CG
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	QUESTRAN	2	MT; CG
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	COLESTID	2	MT; CG
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	ZETIA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>		2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>		2	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	MT; CG
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	LOVAZA	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		3	PA; MT; QL (3.5 ML per 28 days)
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		3	PA; MT; QL (3 ML per 28 days)
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		3	PA; QL (2 ML per 28 days)
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
Diuréticos, Ahorradores De Potasio			
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	INSPIRA	2	MT; CG
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ALDACTONE	1	MT; CG
Diuréticos, Asa De Henle			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg</i>	BUMEX	2	MT; CG
<i>bumetanide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	MT; CG
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>		1	MT; CG
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	LASIX	1	MT; CG
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>torsemide oral tablet 20 mg</i>		1	MT; CG
Diuréticos, Tiazidas			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)</i>			
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	LOTENSIN	1	MT; CG
<i>benazepril hcl oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	VASOTEC	1	MT; CG
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>		1	MT; CG
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ZESTRIL	1	MT; CG
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>		1	MT; CG
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		1	MT; CG
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	ACCUPRIL	1	MT; CG
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	ALTACE	1	MT; CG
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	MT; CG
<i>trandolapril oral tablet 4 mg</i>	MAVIK	1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria / Vena</i>			
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 40 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	5	
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 5 mg</i>	ISORDIL TITRADOSE	2	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		3	MT
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR		4	MT
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	NITROSTAT	2	MT; CG
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	NITRO-DUR	2	MT; CG
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %		4	PA; QL (30 GM per 30 days)
<i>Vasodilatadores, Acción Directa En Arteria</i>			
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA; MT
RADICAVA ORS STARTER KIT ORAL SUSPENSION 105 MG/5ML		5	PA; QL (70 ML per 28 days)
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	2	PA; MT; CG
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (240 EA per 30 days)
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	XENAZINE	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
Agentes Fibromialgia			
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA; MT
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
<i>amphetamine-dextroamphet er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 12.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (144 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 15 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 30 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 7.5 mg</i>	ADDERALL	2	PA; CG; QL (240 EA per 30 days)
<i>dextroamphetamine sulfate oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, No-Anfetaminas			
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg</i>	STRATTERA	2	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	STRATTERA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	INTUNIV	2	PA; CG
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (900 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	METHYLIN	2	CG; QL (1800 ML per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple</i>			
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	AMPYRA	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	GLATOPA	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
MAYZENT ORAL TABLET 0.25 MG		5	PA
MAYZENT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 0.25 MG		4	PA; QL (7 EA per 4 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MAYZENT STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 12 X 0.25 MG		5	PA
TECFIDERA ORAL 120 & 240 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 365 days)
TECFIDERA ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG, 240 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Dermatológicos			
<i>Agentes De Acné Y Rosácea</i>			
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG		2	
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>		2	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	2	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG		2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		2	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		2	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	2	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 20 mg, 40 mg</i>		2	
<i>isotretinoin oral capsule 30 mg</i>		2	
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	2	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>		2	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	2	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>		2	PA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		2	
<i>Agentes De Dermatitis Y Prurito</i>			
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>		2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	AL12	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	2	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>		2	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external lotion 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>clobetasol propionate external shampoo 0.05 %</i>	CLOBEX	2	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	2	
<i>desoximetasone external liquid 0.25 %</i>	TOPICORT SPRAY	2	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>		2	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	SYNALAR	2	
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	2	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	PROCTOSOL HC	1	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	
HYFTOR EXTERNAL GEL 0.2 %		5	PA; LA; QL (30 GM per 30 days)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		2	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %		2	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	2	PA
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>		2	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>		2	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.1 %		2	
Agentes Dermatológicos, Otros			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	DOVONEX	2	
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	CALCITRENE	2	
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>		2	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>		1	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	5	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	2	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		2	
BD ALCOHOL SWABS 70 %		3	MT
<i>imiquimod external cream 5 %</i>		2	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>		5	PA
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>		2	
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %		5	PA; QL (30 GM per 30 days)
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM		4	
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>		2	
SSD EXTERNAL CREAM 1 %		2	
<i>Antiinfecciosos Tópicos</i>			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	2	
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	CLINDAGEL	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>		2	
<i>ery external pad 2 %</i>		2	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	2	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>		2	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	2	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
<i>Pediculicidas / Escabicidas</i>			
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		2	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	2	
<i>permethrin external cream 5 %</i>		2	
Agentes Gastrointestinales			
<i>Agentes Antidiarreicos</i>			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	5	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	PA
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	2	PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	IMODIUM	2	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Estreñimiento			
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM		1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM		1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>lubiprostone oral capsule 24 mcg, 8 mcg</i>	AMITIZA	2	QL (60 EA per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>		1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>		1	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
Agentes Gastrointestinales, Otros			
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>		2	MT
<i>ursodiol oral tablet 250 mg</i>	URSO 250	2	MT
<i>ursodiol oral tablet 500 mg</i>	URSO FORTE	2	MT
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG		5	PA
Antagonista Del Receptor De Histamina 2 (H2)			
<i>cimetidine hcl oral solution 300 mg/5ml</i>		2	
<i>cimetidine oral tablet 200 mg</i>	TAGAMET HB	2	
<i>cimetidine oral tablet 300 mg, 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>		2	
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>		1	
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	PEPCID	1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		2	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>		2	PA
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	PA
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		2	PA
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	ROBINUL	2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	ROBINUL-FORTE	2	
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	PA; QL (10 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>			
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg</i>		2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 40 mg</i>	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral packet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	NEXIUM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg</i>	PREVACID 24HR	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 30 mg</i>	PREVACID	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 40 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 20 mg</i>		1	CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 40 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (180 EA per 30 days)
<i>Protectores</i>			
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
<i>sucralfate oral suspension 1 gm/10ml</i>	CARAFATE	2	CG
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	2	CG
<i>Agentes Genitourinarios</i>			
<i>Agentes Genitourinarios, Otros</i>			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	CG
CIALIS ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (10 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
LEVITRA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		1	ED; QL (10 EA per 30 days)
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
<i>sildenafil oral tablet 25 mg, 50 mg, 100 mg</i>	VIAGRA	1	ED; QL (10 EA per 30 days)
<i>tadalafil oral tablet 10 mg, 20mg</i>	CIALIS	1	ED; QL (10 EA per 30 days)
<i>varденаfil hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg</i>	LEVITRA	1	ED; QL (10 EA per 30 days)
VIAGRA ORAL TABLET 25 MG, 50 MG, 100 MG		1	ED; QL (10 EA per 30 days)
Agentes Hipertrofia Benigna De La Próstata			
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	UROXATRAL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	AVODART	2	MT; CG
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	JALYN	2	MT; CG
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	PROSCAR	2	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	2	MT; CG
<i>silodosin oral capsule 4 mg, 8 mg</i>	RAPAFLO	2	MT; CG
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	FLOMAX	1	MT; CG
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
Antiespasmódicos, Urinarios			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 15 mg</i>		2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	VESICARE	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	2	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)</i>			
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	2	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	

**Agentes Hormonales,
Estimulantes / Reemplazo /
Modificación
(Modificadores/Hormonas
Sexuales)**

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.
ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	MT; CG
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.03 mg</i>		2	MT; CG
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>		2	MT
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG		2	PA; CG
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		2	MT; CG
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG		2	MT; CG
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		2	MT; CG
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG		2	MT; CG
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)		2	MT; CG
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
PREMPRO ORAL TABLET 0.3-1.5 MG, 0.45-1.5 MG, 0.625-2.5 MG, 0.625-5 MG		3	PA
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG		2	MT; CG
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		2	MT; CG
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		2	MT; CG
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG

Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG		4	MT
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	2	MT; CG
Andrógenos			
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>		2	
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml</i>	DEPO-TESTOSTERONE	2	
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>		2	
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%)</i>	VOGELXO PUMP	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	ANDROGEL PUMP	2	PA; MT; QL (150 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%)</i>	ANDROGEL	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 50 mg/5gm (1%)</i>	TESTIM	2	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
Estrógenos			
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ESTRACE	2	PA
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	CLIMARA	2	PA
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		2	PA
PREMARIN ORAL TABLET 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG		3	PA
PREMARIN VAGINAL CREAM 0.625 MG/GM		3	
Progestina			
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	DEPO-PROVERA	2	QL (1 ML per 90 days)
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	PROVERA	1	MT; CG
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>		2	PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>		2	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		2	PA
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>		2	MT; CG
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	PROMETRIUM	1	MT; CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)</i>			
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MT; CG
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>		2	MT
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPOR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MG/1.5ML, 15 MG/1.5ML, 5 MG/1.5ML		5	PA
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)</i>			
<i>misoprostol oral tablet 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)			
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		1	MT; CG
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium oral tablet 300 mcg</i>		1	MT; CG
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	CYTOMEL	2	MT; CG
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		3	MT
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)</i>			
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>		2	QL (20 EA per 30 days)
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG		4	PA; MT
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		2	PA
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 11.25 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 84 days)
LUPANETA PACK COMBINATION KIT 3.75 & 5 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG, 7.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 22.5 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (4-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG		5	PA
LUPRON DEPOT (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		2	PA
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA; LA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML		5	PA
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG		5	PA
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)			
<i>Agentes Antitiroides</i>			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Inmunológicos			
<i>Agentes Inmunológicos, Otros</i>			
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML		5	PA; QL (1.34 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML		5	PA; QL (4.56 ML per 28 days)
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 45 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>rinvoq oral tablet extended release 24 hour 30 mg</i>		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML		5	PA; QL (7 EA per 365 days)
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 360 MG/2.4ML		5	PA; QL (21 ML per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (6 ML per 365 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML		5	PA; QL (4 ML per 28 days)
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML		5	PA; QL (4 ML per 28 days)
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; LA; QL (8 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML		5	PA; LA; QL (1 ML per 28 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Agentes Para Angioedema			
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	SAJAZIR	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		5	PA; QL (18 ML per 30 days)
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 300 MG/2ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TAKHZYRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML		5	PA
<i>Inmunoeestimulantes</i>			
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML		5	PA; QL (2 ML per 28 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML		5	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML		5	PA
<i>Inmunoglobulinas</i>			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML		5	PA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 2.5 GM/25ML		5	PA
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM		5	PA
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML		5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
Inmunosupresores			
<i>azathioprine oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	AZASAN	2	PA; MT; CG
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	2	PA; MT; CG
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral capsule 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>		2	PA; MT; CG
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		5	PA; QL (8 EA per 28 days)
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML		5	PA; QL (8 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	ZORTRESS	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	5	PA
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg, 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	5	PA
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		2	PA; MT; CG
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML		2	PA; MT; CG
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 EA per 28 days)
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	CELLCEPT	5	PA
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	CELLCEPT	2	PA; MT; CG
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	MYFORTIC	2	PA; MT; CG
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG		4	PA; MT
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (5.5 ML per 30 days)
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; MT; CG
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	2	PA; MT; CG
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA; MT
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 22 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>Vacunas</i>			
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5		3	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5		3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		3	PA
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML		3	PA
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED , (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 VAR UNITS)		3	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>		3	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML		3	
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML		3	PA
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)		3	PA
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML		3	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML		3	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML		3	
VARIZIG INTRAMUSCULAR SOLUTION 125 UNIT/1.2ML		3	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)		3	
Agentes Oftálmicos			
<i>Agentes Oftálmicos De Bloqueo Beta-Adrenérgicos</i>			
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT; CG
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	2	MT; CG
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	1	MT; CG
<i>Agentes Oftálmicos Para Alergia</i>			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	
LASTACFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %, 0.2 %</i>	PATADAY	2	
Agentes Oftálmicos Para Bajar La Presión Intraocular, Otros			
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	2	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MT; CG
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	AZOPT	2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>		2	MT
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
Agentes Oftálmicos Para La Inflamación			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	FML LIQUIFILM	2	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	
FML OPHTHALMIC OINTMENT 0.1 %		3	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %		3	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %</i>	ACULAR LS	2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.5 %</i>	ACULAR	2	
LOTEMAX OPHTHALMIC GEL 0.5 %		3	
LOTEMAX SM OPHTHALMIC GEL 0.38 %		3	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.5 %</i>	LOTEMAX	2	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	PRED FORTE	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %		3	QL (60 EA per 30 days)
Agentes Oftálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	LA; QL (60 ML per 30 days)
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal pf ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	COSOPT PF	2	MT; CG
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	MAXITROL	2	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	POLYTRIM	2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	2	
Antiinfecciosos Oftálmicos			
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		2	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	2	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	2	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	2	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>		2	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
TOBREX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostaglandina			
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	XALATAN	1	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %		4	MT
<i>travoprost (bak free) ophthalmic solution 0.004 %</i>	TRAVATAN Z	2	MT; CG; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			
Agentes Orales Y Dentales			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	2	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>		1	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %		1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	2	
<i>triamcinolone acetate mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	2	
Agentes Oóticos			
Agentes Oóticos			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	2	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	CIPRODEX	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FLAC OTIC OIL 0.01 %		2	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>		2	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>		2	
Agentes Para El Desorden Del Sueño			
<i>Agentes Promotores De La Vigilia</i>			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	2	PA; CG; QL (150 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
<i>Agentes Promotores Del Sueño</i>			
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ramelteon oral tablet 8 mg</i>	ROZEREM	2	CG; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 22.5 mg, 30 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)

Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción

Agentes Para Revertimiento De Opioides

<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML		3	

Agentes Para Sesación De Fumar

<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>		2	
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		2	QL (60 EA per 30 days)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Dependencia De Opioides			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		1	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg, 2-0.5 mg, 4-1 mg</i>	SUBOXONE	1	QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 8-2 mg</i>	SUBOXONE	1	QL (90 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg</i>		1	QL (120 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 8-2 mg</i>		1	QL (90 EA per 30 days)
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		2	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad			
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg</i>	DANTRIUM	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg</i>		2	
<i>tizanidine hcl oral tablet 4 mg</i>	ZANAFLEX	2	
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña			
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (16 EA per 30 days)
Agonista Del Receptor De Serotonina (5-Ht)			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAX	2	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg</i>	MAXALT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg</i>	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 5 mg</i>		2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	IMITREX	2	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	IMITREX	2	QL (24 EA per 28 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	IMITREX	2	QL (9 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml, 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE SYSTEM	2	QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	2	QL (12 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>		2	QL (12 EA per 28 days)
Alcaloides De Ergotamina			
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 30 days)
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 70 MG/ML		4	PA; QL (2 ML per 30 days)
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		3	PA; QL (3 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML		3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML		3	PA; QL (2 ML per 30 days)
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML		4	PA; MT; QL (473 ML per 30 days)
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson, Otros			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 18.75-75-200 mg</i>	STALEVO 75	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 25-100-200 mg</i>	STALEVO 100	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 31.25-125-200 mg</i>	STALEVO 125	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 37.5-150-200 mg</i>	STALEVO 150	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 50-200-200 mg</i>	STALEVO 200	2	MT; CG
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	2	MT; CG
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
<i>apomorphine hcl subcutaneous solution cartridge 30 mg/3ml</i>	APOKYN	5	
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	PARLODEL	2	MT; CG
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR		4	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pramipexole dihydrochloride er oral tablet extended release 24 hour 0.375 mg, 0.75 mg, 1.5 mg, 2.25 mg, 3 mg, 3.75 mg, 4.5 mg</i>	MIRAPEX ER	2	MT; CG
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>		2	MT; CG
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Anticolinérgicos			
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG
Inhibidores De Monoamino Oxidasa B (Mao-B)			
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	AZILECT	2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
Precursores De Dopamina Y / O Inhibidores De La Descarboxilasa De L-Aminoácidos			
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg</i>	SINEMET	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-100 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 25-250 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MT; CG
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RYTARY ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG		4	ST; MT
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
<i>Aminosalicilatos</i>			
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	2	
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	APRISO	2	
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	DELZICOL	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	LIALDA	2	
<i>mesalamine oral tablet delayed release 800 mg</i>	ASACOL HD	2	
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>		2	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	CANASA	2	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	2	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
<i>Glucocorticoides</i>			
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	UCERIS	5	QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>		2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	CORTENEMA	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 32 mg</i>		2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml, 25 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	PEDIAPRED	2	
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		4	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %		2	
<i>triamcinolone acetate injection suspension 40 mg/ml</i>	KENALOG	2	

Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 35 mg</i>		1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>alendronate sodium oral tablet 70 mg</i>	FOSAMAX	1	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>		2	MT; CG
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	ROCALTROL	2	MT; CG
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	ROCALTROL	2	PA; MT; CG
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	SENSIPAR	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	SENSIPAR	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	SENSIPAR	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>		2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg</i>	ZEMPLAR	2	PA; MT; CG
<i>paricalcitol oral capsule 4 mcg</i>		2	PA; MT; CG
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 35 mg</i>	ACTONEL	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	ATELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML		5	PA; QL (1.56 ML per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorio, Otros			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		3	MT; QL (12 GM per 30 days)
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	MT; QL (10.2 GM per 30 days)
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML		5	PA
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)
Agentes Para Fibrosis Pulmonar			
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (270 EA per 30 days)
<i>pirfenidone oral tablet 801 mg</i>	ESBRIET	5	PA; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	MT; QL (8 GM per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA; CG
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML		5	PA; QL (3 ML per 28 days)
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ALYQ ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	LETAIRIS	5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>sildenafil citrate oral suspension reconstituted 10 mg/ml</i>	REVATIO	5	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	ALYQ	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 112 X 32MCG & 112 X48MCG		5	PA; QL (224 EA per 28 days)
TYVASO DPI MAINTENANCE KIT INHALATION POWDER 16 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG		5	PA; QL (112 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 112 X 16MCG & 84 X 32MCG		5	PA; QL (196 EA per 28 days)
TYVASO DPI TITRATION KIT INHALATION POWDER 16 & 32 & 48 MCG		5	PA; QL (252 EA per 28 days)
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
UPTRAVI ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG		5	PA; QL (200 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; QL (270 ML per 30 days)
Antihistaminas			
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>		2	QL (30 ML per 25 days)
<i>azelastine hcl nasal solution 0.15 %</i>	ASTEPRO	2	QL (60 ML per 30 days)
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>		2	
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		2	PA
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	XYZAL ALLERGY 24HR	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>olopatadine hcl nasal solution 0.6 %</i>	PATANASE	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
<i>Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados</i>			
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml</i>	PULMICORT	2	PA
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/ACT		3	MT; QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	MT; QL (24 GM per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	MT; QL (21.2 GM per 30 days)
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>		2	QL (50 ML per 25 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	2	QL (32 GM per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		4	MT; QL (2 EA per 30 days)
Antileucotrienos			
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	SINGULAIR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ACCOLATE	2	MT
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	MT; QL (25.8 GM per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA; CG
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	MT; QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	MT; QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	PROVENTIL HFA	2	CG; QL (40.2 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	PROVENTIL HFA	2	CG; QL (36 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>		2	PA; CG
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.3ml</i>	EPIPEN JR 2-PAK	2	QL (6 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 113-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 113/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 232-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 232/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 55-14 mcg/act</i>	AIRDUO RESPICLICK 55/14	2	MT; QL (1 EA per 30 days)
<i>formoterol fumarate inhalation nebulization solution 20 mcg/2ml</i>	PERFOROMIST	5	PA
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>	XOPENEX	2	PA; CG
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 1.25 mg/0.5ml</i>	XOPENEX CONCENTRATE	2	PA; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	2	MT; CG; QL (30 GM per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Estabilizadores De Mastocitos			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	
Inhibidores De Fósodiesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias			
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	MT
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG		2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>		2	MT
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>		2	MT
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>		2	MT
Analgésicos			
Analgésicos Opioides, Corta Duración			
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>		2	QL (1167 ML per 7 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>		2	QL (400 EA per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 100 mcg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate (pf) injection solution 50 mcg/ml</i>		1	QL (2 ML per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	ACTIQ	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (5400 ML per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (35 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	DILAUDID	2	
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	DILAUDID	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>meperidine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (360 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (1440 ML per 30 days)
<i>meperidine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	DEMEROL	2	QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	QL (900 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		2	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	QL (2700 ML per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	2	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	OXAYDO	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg</i>		2	QL (56 EA per 7 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>		2	QL (360 EA per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>		2	QL (240 EA per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>		2	QL (56 EA per 7 days)
<i>Analgésicos Opioides, Larga Duración</i>			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		1	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		1	QL (60 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	ACTIQ	2	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal tablet 100 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	FENTORA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>		2	QL (10 EA per 30 days)
<i>hydromorphone hcl pf injection solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>		2	PA
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>		2	QL (450 ML per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>		2	QL (42 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 45 mg, 60 mg, 75 mg, 90 mg</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 100 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>		2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	2	QL (90 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (1800 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		2	QL (180 EA per 30 days)
Analgésicos			
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (180 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (360 EA per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (240 EA per 30 days)
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	2	QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac epolamine external patch 1.3 %</i>	FLECTOR	2	PA
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	CATAFLAM	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>		2	
<i>etodolac oral tablet 400 mg</i>	LODINE	2	
<i>etodolac oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>		2	
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG		1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>		1	
<i>ketoprofen oral capsule 25 mg</i>		2	
<i>ketorolac tromethamine injection solution 30 mg/ml</i>		2	
<i>ketorolac tromethamine intramuscular solution 60 mg/2ml</i>		2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	RELAFEN	2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg</i>		1	
<i>naproxen oral tablet 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		2	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	2	
<i>oxaprozin oral tablet 600 mg</i>	DAYPRO	2	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	FELDENE	2	
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>		2	
Anestésicos			
<i>Anestésicos Locales</i>			
GLYDO EXTERNAL GEL 2 %		2	PA
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %		2	PA
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	2	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>		2	PA
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external prefilled syringe 2 %</i>	GLYDO	2	PA
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>		1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		2	PA
Ansiolíticos			
<i>Ansiolíticos, Otros</i>			
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>Benzodiazepinas</i>			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	1	CG
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	PA; CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	2	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	2	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 10 mg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl (pf) injection solution 5 mg/ml</i>		1	QL (2 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 10 mg/2ml, 2 mg/2ml</i>		1	QL (4 ML per 30 days)
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>midazolam hcl injection solution 5 mg/ml</i>		1	QL (5 ML per 30 days)
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>			
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
Antibacteriales			
<i>Aminoglicósidos</i>			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		2	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%</i>		2	
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	HUMATIN	2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		5	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
Antibacteriales, Otros			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	2	
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	CLEOCIN	1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	CLEOCIN	2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLINDACIN ETZ	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>		2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	2	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	2	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	2	PA
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg</i>		5	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN RF	5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	2	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	2	PA
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	2	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSADAN	2	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	2	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	2	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>		2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	VANDAZOLE	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	2	
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>		2	PA
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (6 EA per 15 days)
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	5	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg, 750 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN	2	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>		2	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>		2	
<i>cefadroxil oral tablet 1 gm</i>		2	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>		2	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	SUPRAX	2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>		2	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	2	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>		2	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefepodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		2	
<i>cefepodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		2	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 6 gm</i>		2	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	TAZICEF	2	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>		2	PA
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
Betalactámico, Penicilinas			
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>		1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 600-42.9 mg/5ml</i>	AUGMENTIN ES-600	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 875-125 mg</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		2	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		2	PA
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) gm</i>	UNASYN	2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML		4	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		2	PA
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		5	PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	2	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		1	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm</i>		2	
Carbapenémicos			
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	INVANZ	2	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	2	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>		2	
Macrólidos			
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	1	
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>		1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		2	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML		5	ST
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		3	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		2	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 500 mg</i>	ERY-TAB	2	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	2	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg</i>	ERY-TAB	2	
Quinolonas			
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>		1	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 750 mg</i>		2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	CIPRO	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		2	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	1	
<i>levofloxacin oral tablet 500 mg</i>		1	
Sulfonamidas			
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM	2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg</i>	BACTRIM	1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 800-160 mg</i>	BACTRIM DS	1	
Tetraciclinas			
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg</i>	VIBRAMYCIN	2	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg</i>	LYMEPAK	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet delayed release 80 mg</i>	DORYX	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 50 mg, 75 mg</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>minocycline hcl oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
Anticonvulsivos			
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	ONFI	2	
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ONFI	2	
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	KLONOPIN	1	CG
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg</i>		2	PA; CG
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 7.5 mg</i>	TRANXENE-T	2	PA; CG
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	PA; CG
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>		2	PA; CG
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	VALIUM	1	PA; CG
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 20 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	2	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT	2	
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	NEURONTIN	2	MT; CG
<i>gabapentin oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	NEURONTIN	1	MT; CG
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML		2	CG
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>		2	PA
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	2	MT; CG
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG		4	QL (60 EA per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	2	MT; CG
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML		4	PA
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML		4	PA
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA
Agentes De Canales De Sodio			
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	TEGRETOL-XR	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	TEGRETOL	2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>		2	MT; CG
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	VIMPAT	2	MT
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	VIMPAT	2	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	TRILEPTAL	2	MT; CG
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		4	MT
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	DILANTIN INFATABS	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	DILANTIN	2	MT; CG
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	BANZEL	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	BANZEL	5	PA
TEGRETOL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML		4	MT
TEGRETOL ORAL TABLET 200 MG		4	MT
TEGRETOL-XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 200 MG, 400 MG		4	MT
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	QL (60 EA per 30 days)
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG		4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	2	MT; CG
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Modificadores De Canales De Calcio			
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG		4	MT
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	ZARONTIN	2	MT; CG
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	LYRICA CR	2	MT
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 25 mg, 300 mg, 50 mg, 75 mg</i>	LYRICA	2	MT; CG
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	LYRICA	2	MT; CG
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	PA; QL (600 ML per 30 days)
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE ER	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	DEPAKOTE SPRINKLES	2	MT; CG
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	DEPAKOTE	2	MT; CG
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA; LA; QL (600 ML per 30 days)
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	5	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	2	MT; CG
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML		5	PA; LA; QL (360 ML per 30 days)
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG		4	PA
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral kit 25 & 50 & 100 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lamotrigine starter kit-blue oral kit 35 x 25 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 84 x 25 mg & 14x100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 42 x 25 mg & 7 x 100 mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 500 mg</i>		2	MT; CG
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG		2	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	MT
<i>topiramate er oral capsule er 24 hour sprinkle 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	QUDEXY XR	2	MT; CG
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	TOPAMAX SPRINKLE	2	MT; CG
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOPAMAX	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>		2	MT; CG
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>		2	MT; CG
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG		4	PA; QL (28 EA per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	WELLBUTRIN SR	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	WELLBUTRIN XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 450 mg</i>	FORFIVO XL	2	MT; CG
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mirtazapine oral tablet 45 mg, 7.5 mg</i>		2	MT; CG
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	REMERON SOLTAB	2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 6-50 mg</i>		2	MT; CG
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 3-25 mg, 6-25 mg</i>	SYMBYAX	2	MT; CG
<i>perphenazine-amitriptyline oral tablet 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg</i>		2	PA; CG
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
<i>Inhibidores De Monoamino Oxidasa</i>			
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR		5	QL (30 EA per 30 days)
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG		4	MT
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	NARDIL	2	MT; CG
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	PARNATE	2	MT; CG
<i>Ssris/Snris (Inhibidores Selectivos De La Recaptación De Serotonina / Inhibidores De La Recaptación De Serotonina Y Norepinefrina)</i>			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>citalopram hydrobromide oral capsule 30 mg</i>		3	MT
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>		1	MT; CG
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	CELEXA	1	MT; CG
<i>desvenlafaxine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRISTIQ	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 60 MG		4	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 40 MG		4	PA; MT; QL (90 EA per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	CYMBALTA	2	MT; CG
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>		2	MT; CG; QL (600 ML per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 20 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>escitalopram oxalate oral tablet 5 mg</i>	LEXAPRO	2	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; MT; QL (56 EA per 365 days)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	PROZAC	1	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral capsule delayed release 90 mg</i>		2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>fluoxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 60 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	PA; MT; CG
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	PAXIL	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	2	PA; MT; CG
<i>sertraline hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>		3	MT
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	ZOLOFT	2	MT; CG
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	1	MT; CG
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>venlafaxine besylate er oral tablet extended release 24 hour 112.5 mg</i>		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 37.5 mg, 75 mg</i>	EFFEXOR XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
Tricíclicos			
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	CG
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	ANAFRANIL	2	PA; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg</i>	NORPRAMIN	2	PA; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	SILENOR	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	2	CG
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	CG
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; CG
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
Antieméticos			
<i>Antieméticos, Otros</i>			
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	2	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	TRANSDERM-SCOP	2	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>Terapia Adyuvante Emetogénica</i>			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>		2	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>		2	PA; QL (1 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9. ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (8 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (6 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 5 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg</i>	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>		2	PA; QL (450 ML per 10 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg</i>		2	PA; QL (18 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>		2	PA; QL (45 EA per 30 days)

Antifungales

Antifungales

ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		4	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		2	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	CANCIDAS	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 70 mg</i>	CANCIDAS	2	PA
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	DESENEX	2	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>		2	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>		2	
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>		2	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>		2	PA
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	DIFLUCAN	2	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	DIFLUCAN	2	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	ANCOBON	5	
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>		2	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	SPORANOX	2	QL (120 EA per 30 days)
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>		2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	MYCAMINE	5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		5	
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>		2	
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	NYAMYC	2	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>		2	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>		2	
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		2	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	NOXAFIL	5	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>		2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		2	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	5	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	2	
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>ethambutol hcl oral tablet 400 mg</i>	MYAMBUTOL	2	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>		1	
PASER ORAL PACKET 4 GM		2	
<i>pretomanid oral tablet 200 mg</i>		4	PA; QL (182 EA per 182 days)
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	2	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG		5	PA; LA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Alquilantes			
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; MT; CG
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	MT
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA; LA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Agentes Antiangiogénicos			
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg</i>	REVLIMID	5	PA; LA
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Antiandrógenos			
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	ZYTIGA	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	2	MT; CG
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	EULEXIN	2	MT
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	5	
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	FARESTON	5	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
XTANDI ORAL TABLET 80 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
Antiestrógenos / Modificadores			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	MT
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		5	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG		3	
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	2	MT; CG
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG		5	PA; LA; QL (5 EA per 28 days)
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 28 days)
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG, 1000 MG		3	MT
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	MT
Antineoplásicos, Otros			
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		5	
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
WELIREG ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA; MT
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (20 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (12 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG		5	PA; LA; QL (4 EA per 28 days)
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (24 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (16 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG		5	PA; LA; QL (8 EA per 28 days)
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG		5	PA; LA; QL (32 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
<i>Inhibidores Aromatasa, Tercera Generación</i>			
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	ARIMIDEX	2	MT; CG
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	AROMASIN	2	MT; CG
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	FEMARA	2	MT; CG
<i>Inhibidores De Enzimas</i>			
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Inhibidores Objetivo Molecular</i>			
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG		5	PA; LA
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
<i>copiktra oral capsule 15 mg, 25 mg</i>		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; LA; QL (63 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (28 EA per 28 days)
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (56 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg</i>	TARCEVA	5	PA
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg</i>	ZORTRESS	5	PA
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	AFINITOR	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg, 5 mg</i>	AFINITOR DISPERZ	5	PA
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 21 days)
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; LA; QL (21 EA per 28 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	GLEEVEC	5	PA
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG, 70 MG		5	PA; LA
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML		5	PA; LA; QL (324 ML per 30 days)
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG, 25 MG		5	PA
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	TYKERB	5	PA
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG		5	PA; LA; QL (14 EA per 21 days)
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (300 EA per 30 days)
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	NEXAVAR	5	PA
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG		5	PA
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	SUTENT	5	PA
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (240 EA per 30 days)
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG		3	PA; MT; LA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; LA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA; LA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		5	PA; LA
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	PA; LA
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG		5	PA; LA
Retinoides			
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	5	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
Tratamientos Adyuvantes			
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
Antiparasíticos			
Antihelmínticos			
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>		5	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	2	PA
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	BILTRICIDE	2	
Antiprotozoales			
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	MEPRON	5	PA
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	MALARONE	2	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>		3	MT
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	2	MT
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	ALINIA	5	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	NEBUPENT	2	PA
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	PENTAM	2	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 (15 base) mg</i>		2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	2	

Antisicóticos

Primera Generación, Típicos

<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>		2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		2	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		2	MT
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	HALDOL DECANOATE	2	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>		2	CG
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	MT; CG
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		2	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		2	CG
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA; CG
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Resistente A Tratamiento			
<i>clozapine oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	CLOZARIL	2	MT; CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 25 mg</i>		2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>		5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>		2	CG
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	2	CG
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML		5	PA; QL (3.9 ML per 56 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML		5	PA; QL (1.6 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML		5	PA; QL (3.2 ML per 28 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 2 MG, 4 MG		4	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FANAPT ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 6 MG, 8 MG		5	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML		5	PA; QL (3.5 ML per 180 days)
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML		5	PA; QL (5 ML per 180 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.8 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.3 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML		5	PA; QL (0.9 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML		5	PA; QL (1.3 ML per 90 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.8 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML		5	PA; QL (3 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		5	PA
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	2	CG
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	ZYPREXA	2	MT; CG
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	ZYPREXA ZYDIS	2	MT; CG
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	2	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG		5	PA
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 2.5 MG, 5 MG		2	PA
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG		4	PA; QL (14 EA per 365 days)
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	GEODON	2	CG
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	GEODON	2	QL (6 EA per 3 days)

Antivirales

Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	VALCYTE	2	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	2	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>		5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	2	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv)			
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG		5	PA; QL (336 EA per 365 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>		2	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
ZEPATIER ORAL TABLET 50-100 MG		5	PA; QL (112 EA per 365 days)
Agentes Anti-Herpéticos			
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>		2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>		2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>		2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm</i>	VALTREX	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 500 mg</i>	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG		5	
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		4	MT
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		4	MT
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	MT
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	MT
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG		3	MT
<i>Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa (Nnrti)</i>			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg</i>	SUSTIVA	2	MT
<i>efavirenz oral capsule 50 mg</i>	SUSTIVA	2	MT; CG
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	2	MT
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	INTELENCE	5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	MT
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>		2	MT; CG
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Trascriptasa Reversa (Nnrti)			
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	2	MT; CG
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	2	MT; CG
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	2	MT; CG
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	ATRIPLA	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg</i>	SYMFI LO	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 600-300-300 mg</i>	SYMFI	5	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	EMTRIVA	2	MT; CG
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	TRUVADA	5	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	MT
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	MT; CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	2	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	2	MT; CG
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG		5	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	MT
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG		5	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	2	MT; CG
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	SELZENTRY	5	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		3	MT
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG		5	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG		5	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	MT
Agentes Anti-Influenza			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	MT; CG
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (168 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	TAMIFLU	2	QL (84 EA per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	TAMIFLU	2	QL (1080 ML per 365 days)
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT		3	QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	
Agentes Anti-Vih, Inhibidores De La Proteasa (Pi)			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg</i>		2	MT; CG
<i>atazanavir sulfate oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	2	MT; CG
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	2	MT
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	KALETRA	2	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	KALETRA	5	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	MT
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	MT
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG		5	
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML		5	
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG, 600 MG, 800 MG		5	
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG		3	MT
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	2	MT; CG
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas			
<i>Electrólitos / Minerales / Metales / Vitaminas</i>			
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %		4	PA
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	2	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	2	MT
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		4	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		2	PA
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE		3	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
<i>Electrólitos / Minerales/ Modificadores De Metales</i>			
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	EXJADE	5	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>deferiprone oral tablet 500 mg</i>	FERRIPROX	5	PA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 1000 MG		5	PA
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	DEPEN TITRATABS	5	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	CARBAGLU	5	PA; LA
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%</i>		2	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 20 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>		2	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>		2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 20 meq/100ml</i>		2	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MT; CG
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROKIT-K 10	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROKIT-K 15	2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROCIT-K 5	2	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>		2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	ARGYLE STERILE SALINE	2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>		2	MT
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML		4	
Enlazadores De Fósforo			
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>		2	CG
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	CALPHRON	2	CG; QL (360 EA per 30 days)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	FOSRENOL	2	CG
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	REVELA	5	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	REVELA	5	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	REVELA	2	QL (540 EA per 30 days)
Ligantes De Potasio			
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM		3	
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	CG
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM		3	
Vitaminas			

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ		2	MT; CG
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	NEONATAL PLUS	2	MT
Antídotos			
<i>Antídotos, Sistémico</i>			
<i>flumazenil intravenous solution 0.5 mg/5ml</i>		1	QL (10 ML per 30 days)
<i>flumazenil intravenous solution 1 mg/10ml</i>		1	QL (20 ML per 30 days)
Productos Sanguíneos Y Modificadores			
<i>Agentes Hemostáticos</i>			
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	2	
<i>Agentes Modificadores De Plaquetas</i>			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>		2	MT; CG
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	PLAVIX	1	MT; CG
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	EFFIENT	2	MT; CG
Anticoagulantes			
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 150 mg/ml</i>	LOVENOX	2	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	2	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	2	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	2	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	2	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	5	QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	2	QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	5	QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	5	QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		1	MT; CG
PRADAXA ORAL CAPSULE 110 MG, 150 MG, 75 MG		4	MT
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	COUMADIN	1	MT; CG
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML		3	MT; QL (600 ML per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	
Productos Sanguíneos Y Modificadores, Otros			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	2	CG
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	CG
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML, 480 MCG/1.6ML		5	PA
NIVESTYM INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG		5	PA; LA; QL (360 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 25 MG		5	PA; LA; QL (180 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
PROMACTA ORAL TABLET 75 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
PYRUKYND ORAL TABLET 20 MG, 5 MG, 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG		5	PA; QL (7 EA per 7 days)
PYRUKYND TAPER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 7 X 20 MG & 7 X 5 MG, 7 X 50 MG & 7 X 20 MG		5	PA; QL (14 EA per 14 days)
RETACRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 10000 UNIT/ML(1ML), 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML		4	PA
RETACRIT INJECTION SOLUTION 40000 UNIT/ML		5	PA
Reguladores De Glucosa En Sangre			
Agentes Antidiabéticos			
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg		2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML		4	MT; QL (2.4 ML per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML		4	MT; QL (1.2 ML per 30 days)
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	WELCHOL	2	MT
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	AMARYL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	GLUCOTROL XL	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>miglitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>		1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		3	MT; QL (6 ML per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML		3	MT; QL (6 ML per 28 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML		3	MT; QL (3 ML per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML		3	MT; QL (3 ML per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-glimepiride oral tablet 30-2 mg, 30-4 mg</i>	DUETACT	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	ACTOPLUS MET	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>		1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (11 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		5	PA; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML		3	MT; QL (2 ML per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG		3	MT; QL (30 EA per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	MT; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	PROGLYCEM	2	
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
<i>glucagon emergency injection kit 1 mg</i>		3	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 1 MG/0.2ML		3	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML		3	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; LA; QL (120 EA per 30 days)
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
<i>gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT
HUMALOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 50/50 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG MIX 75/25 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N KWIKPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	BD INSULIN SYRINGE MICROFINE	3	MT
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML		3	MT; QL (18 ML per 30 days)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>			
<i>chlorzoxazone oral tablet 500 mg</i>		2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	PA
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 7.5 mg</i>	FEXMID	2	PA
<i>orphenadrine citrate injection solution 30 mg/ml</i>		2	

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
<i>Trastorno Genético O De Enzimas O Proteínas: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento</i>			
<i>betaine oral powder</i>	CYSTADANE	5	LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT		3	MT
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	2	
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	MT; LA
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	ZAVESCA	5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	ORFADIN	5	PA
NITYR ORAL TABLET 10 MG, 2 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Nombre de Medicamento	Referencia De Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	JAVYGTOR	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 125 MG, 50 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VIJOICE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG		5	PA; QL (56 EA per 28 days)
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		4	MT

Puede encontrar información sobre el significado de las abreviaturas y símbolos en esta tabla en la página 9.

ED - Este medicamento recetado normalmente no está cubierto en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare. La cantidad que usted paga cuando le despachan una receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a cualificar para la cubierta catastrófica). Además, si usted está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, usted no obtendrá ayuda adicional para pagar este medicamento.

CG - Le proveemos cubierta adicional por este medicamento durante su brecha de cubierta. Por favor, refiérase a su Evidencia de Cubierta para más información sobre esta cubierta.

LA - Este medicamento puede estar disponible solo en algunas farmacias. Para más información, vea su Directorio de Farmacias o llame a Servicios al Afiliado a 1-866-333-5470, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-866-333-5469.

Índice

A

abacavir sulfate.....	147
abacavir sulfate-lamivudine ..	147
abacavir-lamivudine-zidovudine	147
ABELCET.....	122
ABILIFY MAINTENA	116, 140
abiraterone acetate.....	126
acamprosate calcium	76
acarbose.....	158
ACCUTANE	34
acebutolol hcl	16, 23
acetaminophen-codeine.....	93
acetaminophen-codeine #3	92
acetazolamide	17, 69
acetazolamide er.....	69
acetic acid.....	73
acetylcysteine	85
acitretin.....	34
ACTHIB.....	64
ACTIMMUNE	60
acyclovir	39, 145
acyclovir sodium	145
ADACEL.....	64
adapalene.....	34
adefovir dipivoxil	144
ADEMPAS.....	87
ADVAIR DISKUS	85
ADVAIR HFA	85
AIMOVIG	78
albendazole.....	137
albuterol sulfate.....	91
albuterol sulfate hfa.....	91
alclometasone dipropionate....	35
ALECENSA	130
alendronate sodium	84
alfuzosin hcl er	44
aliskiren fumarate	17
allopurinol	13
alosetron hcl	40
ALPHAGAN P.....	69
alprazolam	99
ALREX.....	69
ALTAVERA	47
ALUNBRIG	130
ALYQ.....	87
amantadine hcl.....	79, 149
AMBISOME	122
ambrisentan	87

amikacin sulfate.....	100
amiloride hcl.....	28
amiloride-hydrochlorothiazide	18
AMINOSYN-PF.....	150
amiodarone hcl	23
amitriptyline hcl	120
amlodipine besy-benazepril hcl	18
amlodipine besylate.....	20
amlodipine besylate-valsartan	18
amlodipine-atorvastatin	18
amlodipine-olmesartan	18
amlodipine-valsartan-hctz	18
ammonium lactate	35
AMNESTEEM	34
amoxapine	120
amoxicillin.....	105
amoxicillin-pot clavulanate ..	105
amoxicillin-pot clavulanate er	105
amphetamine-dextroamphet er	31, 32
amphetamine- dextroamphetamine	32
amphotericin b	122
ampicillin.....	105
ampicillin sodium.....	105
ampicillin-sulbactam sodium	105, 106
anagrelide hcl	157
anastrozole.....	130
ANDRODERM	52
ANORO ELLIPTA.....	85
APOKYN	80
apomorphine hcl.....	80
aprepitant	121, 122
APRI.....	47
APTIOM.....	111
APTIVUS	149
ARANELLE.....	47
ARCALYST.....	57
aripiprazole.....	116, 140
ARISTADA.....	140
ARISTADA INITIO.....	140
armodafinil	74
ARNUITY ELLIPTA.....	89
aspirin-dipyridamole er	155
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR.....	163

atazanavir sulfate	149
atenolol	16
atenolol-chlorthalidone.....	18
atomoxetine hcl	32
atorvastatin calcium.....	26
atovaquone.....	137
atovaquone-proguanil hcl	137
atropine sulfate	70
ATROVENT HFA.....	90
AUBRA EQ.....	47
AUSTEDO	31
AVIANE.....	47
AVITA.....	34
AYVAKIT.....	130
AZASITE	71
azathioprine	61
azelastine hcl	68, 88
azithromycin	107
aztreonam	101
B	
bacitracin	72
bacitracin-polymyxin b.....	72
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	71
baclofen	76
balsalazide disodium	82
BALVERSA.....	130
BALZIVA.....	47
BARACLUDE.....	144
bcg vaccine	64
BD ALCOHOL SWABS 70 %	39
benazepril hcl.....	29
benazepril-hydrochlorothiazide	18
BENLYSTA	61
benznidazole	137
benzoyl peroxide-erythromycin	34
benztropine mesylate	81
BEPREVE	68
BESREMI.....	60
betaine.....	166
betamethasone dipropionate ..35, 45	
betamethasone dipropionate aug	35, 45
betamethasone valerate.....	35
BETASERON.....	33

betaxolol hcl	16, 68	CAMZYOS	18	cilostazol	155
bethanechol chloride	43	candesartan cilexetil	23	CILOXAN	72, 108
BETOPTIC-S	68	candesartan cilexetil-hctz	19	CIMDUO	147
bexarotene	137	CAPLYTA	140	cimetidine	42
BEXSERO	64	CAPRELSA	131	cimetidine hcl	42
bicalutamide	126	captopril	29	cinacalcet hcl	84
BICILLIN L-A	106	carbamazepine	15, 112	ciprofloxacin hcl	72, 73, 108
BIKTARVY	145	carbamazepine er	15, 112	ciprofloxacin in d5w	108
bimatoprost	73	carbidopa-levodopa	81	ciprofloxacin-dexamethasone	73
bisoprolol fumarate	16	carbidopa-levodopa er	81	citalopram hydrobromide	118
bisoprolol-hydrochlorothiazide	18	carbidopa-levodopa-entacapone	79, 80	CLARAVIS	34
BIVIGAM	60	carglumic acid	152	clarithromycin	107
BLEPHAMIDE S.O.P.	71	carteolol hcl	68	clarithromycin er	107
BOOSTRIX	64, 65	CARTIA XT	21, 23	clindamycin hcl	101
BOSULIF	130	carvedilol	17	clindamycin palmitate hcl	101
BRAFTOVI	130	carvedilol phosphate er	17	clindamycin phosphate ...	40, 101
BREO ELLIPTA	91	casopofungin acetate	122, 123	clindamycin phosphate in d5w	101
briellyn	47	CAYSTON	86	CLINIMIX/DEXTROSE	
BRILINTA	155	cefaclor	103	(4.25/10)	150
brimonidine tartrate	69	cefaclor er	103	CLINIMIX/DEXTROSE	
brinzolamide	69	cefadroxil	103	(4.25/5)	150
BRIVIACT	113	cefazolin sodium	103	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
bromocriptine mesylate	56, 80	cefdinir	103		150
BRUKINSA	131	cefepime hcl	103	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
budesonide	46, 82, 89	cefixime	103		150
budesonide er	45, 82	cefoxitin sodium	103	clobazam	110
bumetanide	28	cefpodoxime proxetil	104	clobetasol propionate	36
buprenorphine hcl	76, 95	cefprozil	104	clobetasol propionate e	36
buprenorphine hcl-naloxone hcl	76	ceftazidime	104	clomipramine hcl	120
bupropion hcl	116	ceftriaxone sodium	104	clonazepam	99, 110
bupropion hcl er (smoking det)	75	cefuroxime axetil	104	clonidine	22
bupropion hcl er (sr)	116	cefuroxime sodium	104	clonidine hcl	22
bupropion hcl er (xl)	116	celecoxib	96	clopidogrel bisulfate	156
bupirone hcl	98	CELONTIN	113	clorazepate dipotassium	99, 110
BYDUREON BCISE	159	cephalexin	104	clotrimazole	123
BYETTA 10 MCG PEN	159	CERDELGA	166	clotrimazole-betamethasone ...	39
BYETTA 5 MCG PEN	159	cetirizine hcl	88	clozapine	139, 140
C		cevimeline hcl	73	COARTEM	138
cabergoline	56	CHEMET	151	colchicine	13
CABOMETYX	131	chlorhexidine gluconate	73	colchicine-probenecid	13
calcipotriene	39	chloroquine phosphate	138	colesevelam hcl	27, 159
calcitonin (salmon)	84	chlorthalidone	29	colestipol hcl	27
calcitriol	84	chlorzoxazone	165	colistimethate sodium (cba) ..	101
calcium acetate	154	CHOLBAM	166	COMBIGAN	69
calcium acetate (phos binder)	154	cholestyramine	27	COMBIVENT RESPIMAT	87
CALQUENCE	131	cholestyramine light	27	COMETRIQ (100 MG DAILY	
CAMILA	53	CIALIS	43, 44	DOSE)	131
		ciclopirox	39	COMETRIQ (140 MG DAILY	
		ciclopirox olamine	123	DOSE)	131

COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	131	diazepam.....	99, 110	dutasteride.....	44
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	163	DIAZEPAM INTENSOL.....	99, 110	dutasteride-tamsulosin hcl	44
COMPLERA	146	diazoxide	162	E	
constulose	41	diclofenac epolamine.....	96	E.E.S. 400	108
copiktra.....	131	diclofenac potassium	96	econazole nitrate	123
CORLANOR.....	19	diclofenac sodium.....	70, 97	EDURANT	146
COTELLIC.....	131	diclofenac sodium er	97	efavirenz	146
CREON	166	dicloxacillin sodium	106	efavirenz-emtricitab-tenofovir	147
cromolyn sodium.....	68, 92, 166	dicyclomine hcl	42	efavirenz-lamivudine-tenofovir	147
CRYSELLE-28	47	DIFICID	107	eletriptan hydrobromide	77
CYCLAFEM 1/35	47	diflunisal.....	97	ELIGARD.....	56
CYCLAFEM 7/7/7	47	DIGITEK.....	24	ELIQUIS.....	156
cyclobenzaprine hcl.....	165	DIGOX	24	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	156
cyclophosphamide.....	125	digoxin.....	24	ELMIRON.....	44
cyclosporine	61	dihydroergotamine mesylate ..	78	EMCYT	126
cyclosporine modified	61	DILANTIN.....	112	EMEND.....	122
cyproheptadine hcl	88	DILANTIN INFATABS	112	EMGALITY	79
CYSTAGON	166	diltiazem hcl	22, 24	EMGALITY (300 MG DOSE)	79
CYSTARAN	71	diltiazem hcl er	21, 24	EMOQUETTE.....	47
D		diltiazem hcl er beads	21, 24	EMSAM	117
dalfampridine er	33	diltiazem hcl er coated beads.	21, 24	emtricitabine	147
DALIRESP.....	92	dilt-xr.....	22, 24	emtricitabine-tenofovir df.....	147
danazol	52	DIPENTUM	82	EMTRIVA	147
dantrolene sodium	76	diphenoxylate-atropine.....	40	enalapril maleate.....	29
dapsone.....	124	diphtheria-tetanus toxoids dt ..	65	enalapril-hydrochlorothiazide.	19
DAPTACEL	65	disulfiram.....	76	ENBREL.....	61
daptomycin	101	divalproex sodium	15, 78, 114	ENBREL MINI	61
DAURISMO.....	131	divalproex sodium er	15, 78, 114	ENBREL SURECLICK	61
DEBLITANE	53	dofetilide.....	24	ENDOCET	96
deferasirox.....	151	donepezil hcl.....	12	ENGERIX-B.....	65
deferiprone	152	dorzolamide hcl	69	enoxaparin sodium.....	156
DELSTRIGO.....	147	dorzolamide hcl-timolol mal ..	71	ENPRESSE-28	47
DESCOVY	147	dorzolamide hcl-timolol mal pf	71	ENSKYCE.....	48
desipramine hcl	120	DOVATO	145	entacapone	80
desloratadine.....	88	doxazosin mesylate.....	20, 44	entecavir	144
desmopressin acetate	54	doxepin hcl ...	36, 74, 98, 99, 120	ENTRESTO.....	19
desmopressin acetate spray	54	DOXY 100	109	enulose.....	41
desogestrel-ethinyl estradiol...	47	doxycycline hyclate.....	109	EPCLUSA	144
desonide.....	36	doxycycline monohydrate	109	EPIDIOLEX	114
desoximetasone	36	DRIZALMA SPRINKLE....	100, 118	epinephrine	91
desvenlafaxine er.....	118	dronabinol.....	122	EPITOL	15, 112
desvenlafaxine succinate er..	118	drospirenone-ethinyl estradiol	47	EPIVIR HBV	144
dexamethasone	46, 82	DROXIA	127	eplerenone.....	28
dexamethasone sodium phosphate.....	69	droxidopa.....	22	EPRONTIA	79
dextroamphetamine sulfate	32	duloxetine hcl	118	ERIVEDGE	131
dextrose	150	DUPIXENT	58	ERLEADA	126
dextrose-nacl	151	DUREZOL	70	erlotinib hcl.....	131
DIACOMIT.....	114				

ERRIN.....	53	FERRIPROX.....	152	GAMMAGARD S/D LESS IGA	
ertapenem sodium	107	FETZIMA.....	118		60
ery.....	40	FETZIMA TITRATION	119	GAMMAPLEX	60
ERY-TAB.....	108	finasteride	44	GAMUNEX-C.....	61
ERYTHROCIN		FINTEPLA	114	GARDASIL 9	65
LACTOBIONATE	108	FLAC.....	74	gatifloxacin	72
ERYTHROCIN STEARATE		flecainide acetate	25	GATTEX	41
.....	108	FLOVENT DISKUS	89	gauze sterile	163
erythromycin	40, 72, 108	FLOVENT HFA.....	89	GAVILYTE-C.....	41
erythromycin base	108	fluconazole	123	GAVILYTE-G.....	41
erythromycin ethylsuccinate	108	fluconazole in sodium chloride		GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
ESBRIET.....	86		123	PACK	41
escitalopram oxalate.....	118	flucytosine	123	GAVRETO	127
esomeprazole magnesium	43	fludrocortisone acetate	46	gemfibrozil	26
estazolam.....	74	flumazenil.....	155	generlac.....	41
estradiol	52, 53	flunisolide.....	89	GENGRAF	62
estradiol valerate	53	fluocinolone acetonide	36, 74	GENTAK.....	72
ethambutol hcl.....	125	fluocinolone acetonide scalp ..	36	gentamicin in saline.....	100
ethosuximide	113	fluocinonide.....	37	gentamicin sulfate...72, 100, 101	
ethynodiol diac-eth estradiol ..	48	fluocinonide emulsified base..	37	GENVOYA	145
etodolac	97	fluorometholone	70	GILENYA	33
etodolac er	97	fluorouracil	39	GILOTRIF.....	132
etonogestrel-ethinyl estradiol ..	48	fluoxetine hcl.....	119	glatiramer acetate.....	33
etravirine.....	146	fluphenazine decanoate	138	GLATOPA	33
EUTHYROX.....	55	fluphenazine hcl	138, 139	glimepiride.....	159
everolimus	62, 131, 132	flurbiprofen.....	97	glipizide	159
EVOTAZ.....	149	flurbiprofen sodium.....	70	glipizide er	159
EXEL COMFORT POINT PEN		flutamide.....	126	glipizide-metformin hcl.....	159
NEEDLE	163	fluticasone propionate	37, 89	GLUCAGEN HYPOKIT.....	162
exemestane	130	fluticasone-salmeterol	91	glucagon emergency	162
EXKIVITY.....	132	fluvastatin sodium	26	glycopyrrolate.....	42
ezetimibe	27	fluvoxamine maleate	119	GLYDO	98
ezetimibe-simvastatin.....	27	fluvoxamine maleate er	119	GLYXAMBI.....	159
F		FML.....	70	granisetron hcl	122
FALMINA.....	48	fondaparinux sodium	156	griseofulvin microsize	123
famciclovir	145	formoterol fumarate.....	91	griseofulvin ultramicrosize..	123
famotidine.....	42	FORTEO	84	guanfacine hcl.....	23
FANAPT	140, 141	fosamprenavir calcium	149	guanfacine hcl er.....	32
FANAPT TITRATION PACK		fosinopril sodium.....	29	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	
.....	141	fosinopril sodium-hetz.....	19		162
FARXIGA	159	FOTIVDA	132	GVOKE KIT	162
FARYDAK.....	132	furosemide	28	GVOKE PFS	163
febuxostat	13	FUZEON	148	H	
felbamate	114	FYAVOLV.....	48	halobetasol propionate.....	37
felodipine er.....	20	FYCOMPA.....	114	haloperidol.....	139
fenofibrate	26	G		haloperidol decanoate.....	139
fenofibrate micronized	26	gabapentin	110	haloperidol lactate	139
fenofibric acid	26	galantamine hydrobromide.....	12	HARVONI.....	144
fentanyl.....	95	galantamine hydrobromide er..	12	HAVRIX.....	65
fentanyl citrate.....	93, 95	GAMMAGARD.....	60	heparin sodium (porcine).....	156
fentanyl citrate (pf).....	93			HEPATAMINE	151

HETLIOZ 74
 HIBERIX 65
 HUMALOG 163, 164
 HUMALOG JUNIOR
 KWIKPEN 163
 HUMALOG KWIKPEN 163
 HUMALOG MIX 50/50 163
 HUMALOG MIX 50/50
 KWIKPEN 163
 HUMALOG MIX 75/25 164
 HUMALOG MIX 75/25
 KWIKPEN 163
 HUMIRA 63
 HUMIRA PEDIATRIC
 CROHNS START 62
 HUMIRA PEN 62
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS
 STARTER 62
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC
 UC START 62
 HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL
 HS START 63
 HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT
 STARTER 63
 HUMULIN 70/30 164
 HUMULIN 70/30 KWIKPEN
 164
 HUMULIN N 164
 HUMULIN N KWIKPEN 164
 HUMULIN R 164
 HUMULIN R U-500
 (CONCENTRATED) 164
 HUMULIN R U-500
 KWIKPEN 164
 hydralazine hcl 30
 hydrochlorothiazide 19, 29
 hydrocodone-acetaminophen . 93
 hydrocodone-ibuprofen 93
 hydrocortisone 37, 46, 83
 hydrocortisone (perianal) 37
 hydrocortisone butyrate 37
 hydrocortisone valerate 38
 hydrocortisone-acetic acid 74
 hydromorphone hcl 93
 hydromorphone hcl pf 93, 95
 hydroxychloroquine sulfate .. 138
 hydroxyurea 127
 HYFTOR 38
I
 ibandronate sodium 84
 IBRANCE 130, 132

IBU 97
 ibuprofen 97
 icatibant acetate 59
 ICLUSIG 132
 IDHIFA 127
 ILEVRO 70
 imatinib mesylate 132
 IMBRUVICA 132
 imipenem-cilastatin 107
 imipramine hcl 120
 imipramine pamoate 120
 imiquimod 39
 IMOVAX RABIES 65
 INBRIJA 81
 INCASSIA 48
 INCRELEX 54
 indapamide 29
 INFANRIX 65
 INLYTA 132
 INQOVI 127
 INREBIC 132
 INTELENCE 146
 INTRALIPID 151
 INTRON A 60
 INTROVALE 48
 INVEGA HAFYERA 141
 INVEGA SUSTENNA 141
 INVEGA TRINZA 141, 142
 INVIRASE 149
 IPOL 65
 ipratropium bromide 90
 ipratropium-albuterol 87
 irbesartan 23
 irbesartan-hydrochlorothiazide
 19
 IRESSA 132
 ISENTRESS 145, 146
 ISENTRESS HD 145
 ISIBLOOM 48
 ISOLYTE-P IN D5W 151
 ISOLYTE-S PH 7.4 152
 isoniazid 125
 isosorbide dinitrate 30
 isosorbide mononitrate 30
 isosorbide mononitrate er 30
 isotretinoin 34
 isradipine 21
 itraconazole 123
 ivermectin 137
 IXIARO 65

J
 JAKAFI 132
 JANTOVEN 157
 JANUMET 159
 JANUMET XR 159
 JANUVIA 160
 JARDIANCE 160
 JENTADUETO 160
 JENTADUETO XR 160
 JULUCA 147
 JUNEL 1.5/30 48
 JUNEL 1/20 48
 JUNEL FE 1.5/30 48
 JUNEL FE 1/20 48
 JUXTAPID 27
K
 KALYDECO 86
 KARIVA 48
 kcl in dextrose-nacl 152
 KELNOR 1/35 48
 KELNOR 1/50 48
 KESIMPTA 33
 ketoconazole 123
 ketoprofen 97
 ketorolac tromethamine 70, 97
 KINRIX 65, 66
 KISQALI (200 MG DOSE) .. 132
 KISQALI (400 MG DOSE) .. 133
 KISQALI (600 MG DOSE) .. 133
 KISQALI FEMARA (400 MG
 DOSE) 127
 KISQALI FEMARA (600 MG
 DOSE) 127
 KISQALI FEMARA(200 MG
 DOSE) 127
 KLOR-CON 152, 155
 KLOR-CON 10 152, 155
 KLOR-CON M10 152, 155
 KLOR-CON M15 152, 155
 KLOR-CON M20 152, 155
 KORLYM 163
 KOSELUGO 133
 KURVELO 48
L
 labetalol hcl 17
 lacosamide 112
 lactulose 41
 lamivudine 144, 147
 lamivudine-zidovudine 148
 lamotrigine 13, 15, 114
 lamotrigine er 15, 114

lamotrigine starter kit-blue 16, 115	levocetirizine dihydrochloride88, 89	LUPRON DEPOT (4-MONTH)56
lamotrigine starter kit-green .. 16, 115	levofloxacin 109	LUPRON DEPOT (6-MONTH)56
lamotrigine starter kit-orange 16, 115	levofloxacin in d5w 108	LUTERA49
lansoprazole.....43	LEVONEST49	LYBALVI.....13
lanthanum carbonate 154	levonorgest-eth estrad 91-day 49	LYLEQ.....53
LANTUS 164	levonorgestrel-ethinyl estrad ..49	LYNPARZA.....128
LANTUS SOLOSTAR 164	LEVORA 0.15/30 (28).....49	LYSODREN.....56, 128
lapatinib ditosylate 133	LEVO-T.....55	LYZA53
LARIN 1.5/30.....49	LEVOXYL55	M
LARIN 1/20.....49	LEXIVA 149	magnesium sulfate152
LARIN FE 1.5/3049	lidocaine98	malathion40
LARIN FE 1/2049	lidocaine hcl98	maraviroc148
LASTACAPT.....68	lidocaine hcl urethral/mucosal 98	marlissa.....49
latanoprost 73	lidocaine viscous hcl98	MARPLAN.....117
LATUDA 13, 142	lidocaine-prilocaine98	MATULANE.....125
LEENA.....49	lindane40	MATZIM LA.....22, 25
leflunomide.....58	linezolid 102	MAVYRET144
lenalidomide 125	LINZESS41	MAXIDEX70
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) 133	liothyronine sodium.....55	MAYZENT.....33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) 133	lisinopril.....29	MAYZENT STARTER PACK33, 34
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) 133	lisinopril-hydrochlorothiazide 19	meclizine hcl.....121
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) 133	lithium carbonate.....16	medroxyprogesterone acetate .53
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) 133	lithium carbonate er.....16	mefloquine hcl138
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) 133	LOKELMA 154	megestrol acetate53
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) 133	LONSURF.....127	MEKINIST134
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) 133	loperamide hcl40	MEKTOVI.....134
LESSINA49	lopinavir-ritonavir 149, 150	meloxicam97
letrozole.....130	lorazepam99, 110	memantine hcl12
leucovorin calcium 127, 137	LORAZEPAM INTENSOL ..99, 110	memantine hcl er12
LEUKERAN 125	LORBRENA 133, 134	MENACTRA.....66
leuprolide acetate.....56	LORYNA49	MENEST53
levalbuterol hcl91	losartan potassium23	MENQUADFI66
levalbuterol tartrate92	losartan potassium-hctz 19	MENVEO66
LEVEMIR 165	LOTEMAX70	meperidine hcl94
LEVEMIR FLEXTOUCH .. 164	LOTEMAX SM.....70	mercaptopurine63
levetiracetam 115	loteprednol etabonate70	meropenem107
levetiracetam er 115	lovastatin26	mesalamine82
LEVITRA.....44	LOW-OGESTREL49	mesalamine er82
levobunolol hcl68	loxapine succinate139	MESNEX.....137
levocarnitine 151	lubiprostone41	metformin hcl160
	LUMAKRAS.....128	metformin hcl er160
	LUMIGAN73	methadone hcl.....95
	LUPANETA PACK56	methazolamide.....69
	LUPRON DEPOT (1-MONTH)56	methenamine hippurate102
	LUPRON DEPOT (3-MONTH)56	methimazole57

methoxsalen rapid	39
methylphenidate hcl	33
methylphenidate hcl er	32
methylprednisolone	46, 83
methylprednisolone acetate	83
metoclopramide hcl	42, 121
metolazone	29
metoprolol succinate er	17
metoprolol tartrate	17
metoprolol-hydrochlorothiazide	19
metronidazole	102
metyrosine	19
mexiletine hcl	25
micafungin sodium	123, 124
MICROGESTIN 1.5/30	49
MICROGESTIN 1/20	49
MICROGESTIN 24 FE	50
MICROGESTIN FE 1.5/30	50
MICROGESTIN FE 1/20	50
midazolam hcl	99, 100
midazolam hcl (pf)	99
midodrine hcl	23
MIGERGOT	78
miglitol	160
miglustat	166
minocycline hcl	109, 110
minoxidil	30
mirtazapine	116, 117
misoprostol	43, 54
M-M-R II	66
modafinil	74
moexipril hcl	29
molindone hcl	139
mometasone furoate	38
montelukast sodium	90
morphine sulfate	94, 96
morphine sulfate (concentrate)	94, 96
morphine sulfate er	96
morphine sulfate er beads	96
MOVANTIK	41
moxifloxacin hcl	72
MULTAQ	25
mupirocin	40
mupirocin calcium	40
mycophenolate mofetil	63
mycophenolate sodium	63
MYORISAN	34
MYRBETRIQ	45

N	
nabumetone	97
nadolol	17
nafticillin sodium	106
naloxone hcl	75
naltrexone hcl	76
naproxen	97
naproxen sodium	98
naratriptan hcl	77
NARCAN	75
NATACYN	72
nateglinide	160
NATPARA	84
NAYZILAM	100, 111
NECON 0.5/35 (28)	50
nefazodone hcl	119
neomycin sulfate	101
neomycin-bacitracin zn- polymyx	72
neomycin-polymyxin-dexameth	71
neomycin-polymyxin- gramicidin	71
neomycin-polymyxin-hc ..	71, 74
NEORAL	63
NERLYNX	134
NEUPOGEN	157
NEUPRO	80
nevirapine	146
nevirapine er	146
niacin er (antihyperlipidemic)	27
NIACOR	27
nicardipine hcl	21
NICOTROL	75
NICOTROL NS	75
nifedipine er	21
nifedipine er osmotic release ..	21
NIKKI	50
nilutamide	126
nimodipine	21
NINLARO	128
nisoldipine er	21
nitazoxanide	138
nitisinone	166
NITRO-BID	30
NITRO-DUR	30
nitrofurantoin macrocrystal ..	102
nitrofurantoin monohyd macro	102
nitroglycerin	30
NITYR	166

NIVESTYM	157
nizatidine	42
NORA-BE	53
NORDITROPIN FLEXPPO ..	54
norethin ace-eth estrad-fe	50
norethindrone	54
norethindrone acetate	53
NORTREL 0.5/35 (28)	50
NORTREL 1/35 (21)	50
NORTREL 1/35 (28)	50
NORTREL 7/7/7	50
nortriptyline hcl	121
NORVIR	150
NOXAFIL	124
NUBEQA	126
NUCALA	87
NUEDEXTA	31
NULYTELY LEMON-LIME	41
NUPLAZID	142
NUTRILIPID	151
NYAMYC	124
NYLIA 1/35	50
NYLIA 7/7/7	50
nystatin	124
nystatin-triamcinolone	39
NYSTOP	124
O	
OCELLA	50
octreotide acetate	57
ODEFSEY	148
ODOMZO	134
OFEV	86
ofloxacin	72, 74
olanzapine	13, 142
olanzapine-fluoxetine hcl	117
olmesartan medoxomil	23
olmesartan medoxomil-hctz ...	19
olmesartan-amlodipine-hctz ...	19
olopatadine hcl	69, 89
omega-3-acid ethyl esters	27
omeprazole	43
ondansetron	122
ondansetron hcl	122
ONUREG	127
OPSUMIT	87
ORFADIN	166
ORGOVYX	128
ORKAMBI	86
ORLADEYO	19
orphenadrine citrate	165
ORSYTHIA	50

oseltamivir phosphate..... 149
 OSPHENA 52
 oxacillin sodium 106
 oxandrolone..... 52
 oxaprozin..... 98
 oxcarbazepine..... 112
 oxybutynin chloride..... 45
 oxybutynin chloride er 45
 oxycodone hcl 94
 oxycodone-acetaminophen.... 94,
 95
 OZEMPIC (0.25 OR 0.5
 MG/DOSE)..... 160
 OZEMPIC (1 MG/DOSE)... 160,
 161
 OZEMPIC (2 MG/DOSE).... 161
P
 paliperidone er..... 142
 PANRETIN 39
 pantoprazole sodium 43
 paricalcitol..... 84
 paromomycin sulfate 101
 paroxetine hcl 119
 paroxetine hcl er 119
 PASER 125
 PEDIARIX 66
 PEDVAX HIB..... 66
 peg 3350-kcl-na bicarb-nacl... 41
 peg-3350/electrolytes 41
 PEGASYS 60
 PEMAZYRE 134
 penicillamine 44, 152
 penicillin g pot in dextrose... 106
 penicillin g potassium..... 106
 penicillin g procaine 106
 penicillin g sodium 106
 penicillin v potassium..... 106
 PENTACEL 66
 pentamidine isethionate..... 138
 pentoxifylline er 20
 perindopril erbumine..... 29
 PERIOGARD 73
 permethrin 40
 perphenazine..... 121, 139
 perphenazine-amitriptyline... 117
 PERSERIS..... 14, 142
 phenelzine sulfate..... 117
 phenobarbital..... 111
 PHENYTEK..... 112
 phenytoin..... 112
 phenytoin sodium extended.. 112

PIFELTRO 146
 pilocarpine hcl 69, 73
 pimozide 139
 PIMTREA 50
 pindolol..... 17
 pioglitazone hcl 161
 pioglitazone hcl-glimepiride. 161
 pioglitazone hcl-metformin hcl
 161
 piperacillin sod-tazobactam so
 107
 PIQRAY (200 MG DAILY
 DOSE) 134
 PIQRAY (250 MG DAILY
 DOSE) 134
 PIQRAY (300 MG DAILY
 DOSE) 134
 pirfenidone..... 86
 PIRMELLA 1/35 50
 piroxicam..... 98
 PLASMA-LYTE 148 153
 PLASMA-LYTE A 153
 podofilox 39
 polymyxin b sulfate..... 102
 polymyxin b-trimethoprim 71
 POMALYST 125
 PORTIA-28 51
 posaconazole 124
 potassium chloride..... 153
 potassium chloride crys er... 152,
 153
 potassium chloride er..... 153
 potassium chloride in dextrose
 153
 potassium chloride in nacl... 153
 potassium citrate er..... 153, 154
 PRADAXA..... 157
 pramipexole dihydrochloride .80
 pramipexole dihydrochloride er
 80
 prasugrel hcl 156
 pravastatin sodium..... 26
 praziquantel 137
 prazosin hcl..... 20, 44
 prednisolone 46, 83
 prednisolone acetate 70
 prednisolone sodium phosphate
 46, 70, 83
 prednisone 46, 83
 PREDNISONE INTENSOL.. 46,
 83

preferred plus insulin syringe
 165
 pregabalin 31, 113
 pregabalin er 31, 113
 prehevbrio 66
 PREMARIN 53
 PREMASOL..... 151
 PREMPRO 51
 prenatal 155
 pretomanid..... 125
 PREVALITE 27
 PREVIFEM 51
 PREVYMIS..... 144
 PREZCOBIX..... 150
 PREZISTA 150
 PRIFTIN 124
 primaquine phosphate..... 138
 primidone..... 111
 PRIORIX 66
 PRIVIGEN 61
 probenecid 13
 PROCALAMINE 151
 prochlorperazine 121
 prochlorperazine maleate..... 121,
 139
 PROCTO-PAK..... 38
 PROCTOSOL HC 38
 PROCTOZONE-HC..... 38, 83
 progesterone 54
 PROGRAF..... 64
 PROLASTIN-C 167
 PROLIA..... 84
 PROMACTA..... 157, 158
 promethazine hcl 89, 121
 propafenone hcl 25
 propafenone hcl er 25
 proparacaine hcl..... 71
 propranolol hcl..... 17
 propranolol hcl er 17
 propylthiouracil 57
 PROQUAD..... 66
 PROSOL..... 151
 protriptyline hcl 121
 PULMICORT FLEXHALER. 90
 PULMOZYME..... 86
 PURIXAN 127
 pyrazinamide 125
 pyridostigmine bromide..... 13
 pyridostigmine bromide er 13
 PYRUKYND..... 158

PYRUKYND TAPER PACK
..... 158

Q

QINLOCK..... 134
QUADRACEL 66
quetiapine fumarate 14, 117, 142
quetiapine fumarate er... 14, 117,
142

quinapril hcl..... 29
quinapril-hydrochlorothiazide 20
quinidine gluconate er 25
quinidine sulfate 25
quinine sulfate 138

R

RABAVERT 66
RADICAVA ORS STARTER

KIT 31
raloxifene hcl..... 52
ramelteon..... 74
ramipril 29
ranolazine er 20

rasagiline mesylate 81
RAVICTI..... 167
RECLIPSEN..... 51

RECOMBIVAX HB 67
RECTIV 30
REGRANEX 39

RELENZA DISKHALER.... 149
RELI-ON INSULIN SYRINGE

..... 165
RELISTOR..... 41
repaglinide..... 161

REPATHA 28
REPATHA PUSHTRONEX

SYSTEM 28
REPATHA SURECLICK 28
RESTASIS 64

RESTASIS MULTIDOSE 64
RETACRIT 158
RETEVMO..... 128

REVLIMID 126
REXULTI..... 142
REYATAZ 150

REZUROCK 64
RHOPRESSA..... 69, 73
ribavirin 145

rifabutin 125
rifampin 125
riluzole..... 31

rimantadine hcl 149
rinvoq 58

RINVOQ 58
risedronate sodium 85

RISPERDAL CONSTA . 14, 143
risperidone 14, 143
ritonavir 150

rivastigmine 12
rivastigmine tartrate..... 12
rizatriptan benzoate 77

ropinirole hcl 81
ropinirole hcl er 81
rosuvastatin calcium 27

ROTARIX 67
ROTATEQ 67
ROWEEPRA..... 115

ROZLYTREK 134
RUBRACA..... 134
rufinamide 112, 113

RUKOBIA..... 148
RYDAPT 134
RYTARY..... 82

S

SAJAZIR 59
SANDIMMUNE 64
SANTYL 39

SAPHRIS..... 14, 143
sapropterin dihydrochloride . 167
SAVELLA..... 31

SAVELLA TITRATION PACK
..... 31
SCEMBLIX..... 135

scopolamine..... 42, 121
SECUADO 14, 143
selegiline hcl..... 81

selenium sulfide..... 38
SELZENTRY 148
SEREVENT DISKUS 92

sertraline hcl 119
sevelamer carbonate 154
SHAROBEL..... 51

SHINGRIX..... 67
SIGNIFOR..... 57
SIKLOS 127

sildenafil citrate 87
sildenafil oral tablet 44
silodosin..... 44

silver sulfadiazine..... 39
SIMBRINZA 69
simvastatin..... 27

sirolimus 64
SIRTURO..... 125
SIVEXTRO 102

SKYRIZI 58, 59
SKYRIZI (150 MG DOSE).... 58

SKYRIZI PEN..... 58
sodium chloride 154
sodium fluoride..... 154

sodium phenylbutyrate 167
sodium polystyrene sulfonate
..... 154

solifenacin succinate..... 45
SOLQUA..... 165
SOLTAMOX..... 126

SOMAVERT 57
sorafenib tosylate..... 135
SORINE..... 25

sotalol hcl..... 25
sotalol hcl (af)..... 25
SPIRIVA HANDIHALER 90

SPIRIVA RESPIMAT 90
spironolactone..... 28
spironolactone-hctz..... 20

SPRINTEC 28 51
SPRITAM..... 115
SPRYCEL..... 135

SPS 154
SRONYX..... 51
SSD..... 39

STELARA 59
STIOLTO RESPIMAT 85
STIVARGA..... 135

streptomycin sulfate..... 101
STRIBILD 146
SUCRAID..... 167

sucralfate..... 43
sulfacetamide sodium 72
sulfacetamide-prednisolone.... 71

sulfadiazine..... 109
sulfamethoxazole-trimethoprim
..... 109

SULFAMYLLON..... 40
sulfasalazine 82
sulindac..... 98

sumatriptan 77
sumatriptan succinate 77, 78
sumatriptan succinate refill.... 78

sunitinib malate 135
SUPRAX 104
SUPREP BOWEL PREP KIT

..... 154
SYMBICORT 86
SYMLINPEN 120 161

SYMLINPEN 60 161

SYMPAZAN.....	111	theophylline.....	92	TRIJARDY XR.....	162
SYMTUZA.....	146	theophylline er.....	92	TRI-LEGEST FE.....	51
SYNAREL.....	57	thioridazine hcl.....	139	trimethoprim.....	102
SYNJARDY.....	161	thiothixene.....	139	trimipramine maleate.....	121
SYNJARDY XR.....	161	tiagabine hcl.....	111	TRINTELLIX.....	119
SYNRIBO.....	128	TIBSOVO.....	130	TRI-SPRINTEC.....	51
SYNTHROID.....	55	TICOVAC.....	67	TRIUMEQ.....	148
T		tigecycline.....	102	TRIUMEQ PD.....	148
TABLOID.....	127	TILIA FE.....	51	TRIVORA (28).....	51
TABRECTA.....	135	timolol maleate.....	17, 68, 79	TRIZIVIR.....	148
tacrolimus.....	38, 64	TIVICAY.....	146	TROPHAMINE.....	151
tadalafil (pah).....	87	TIVICAY PD.....	146	tropium chloride.....	45
<i>tadalafil oral tablet</i>	44	tizanidine hcl.....	77	TRULICITY.....	162
TAFINLAR.....	135	TOBRADEX.....	71	TRUMENBA.....	67
TAGRISSE.....	135	tobramycin.....	72, 86	TRUSELTIQ (100MG DAILY	
TAKHZYRO.....	59, 60	tobramycin sulfate.....	101	DOSE).....	135
TALTZ.....	59	tobramycin-dexamethasone....	71	TRUSELTIQ (125MG DAILY	
TALZENNA.....	135	TOBREX.....	72	DOSE).....	136
tamoxifen citrate.....	126	tolterodine tartrate.....	45	TRUSELTIQ (50MG DAILY	
tamsulosin hcl.....	44	tolterodine tartrate er.....	45	DOSE).....	136
TARINA FE 1/20 EQ.....	51	topiramate.....	79, 115	TRUSELTIQ (75MG DAILY	
TASIGNA.....	135	topiramate er.....	79, 115	DOSE).....	136
TAVNEOS.....	96	toremifene citrate.....	126	TUKYSA.....	128
tazarotene.....	34	torsemide.....	28	TURALIO.....	136
TAZORAC.....	34	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	165	TWINRIX.....	67
TAZTIA XT.....	22, 25	TOUJEO SOLOSTAR.....	165	TYBOST.....	149
TAZVERIK.....	135	TPN ELECTROLYTES.....	151	TYMLOS.....	85
TDVAX.....	67	TRADJENTA.....	162	TYPHIM VI.....	67
TECFIDERA.....	34	tramadol hcl.....	95	TYVASO DPI	
TEFLARO.....	105	tramadol-acetaminophen.....	95	MAINTENANCE KIT.....	88
TEGRETOL.....	16, 113	trandolapril.....	29	TYVASO DPI TITRATION	
TEGRETOL-XR.....	16, 113	tranexamic acid.....	155	KIT.....	88
telmisartan.....	23	tranylcypromine sulfate.....	117	U	
telmisartan-hctz.....	20	TRAVASOL.....	151	UBRELVY.....	77
temazepam.....	75	travoprost (bak free).....	73	UKONIQ.....	136
TEMIXYS.....	148	trazodone hcl.....	119	UNITHROID.....	55
TENIVAC.....	67	TRECATOR.....	125	UPTRAVI.....	88
tenofovir disoproxil fumarate		TRELEGY ELLIPTA.....	86	ursodiol.....	42
.....	144, 148	TRELSTAR MIXJECT.....	57	V	
TEPMETKO.....	135	TRESIBA.....	165	valacyclovir hcl.....	145
terazosin hcl.....	20, 44	TRESIBA FLEXTOUCH.....	165	VALCHLOR.....	125
terbinafine hcl.....	124	tretinoin.....	35, 137	valganciclovir hcl.....	144
terbutaline sulfate.....	92	triamcinolone acetonide ..	38, 73,	valproic acid.....	16, 79, 115
terconazole.....	124	83		valsartan.....	23
testosterone.....	52	triamterene-hctz.....	20	valsartan-hydrochlorothiazide	20
testosterone cypionate.....	52	TRIDERM.....	38	VALTOCO 10 MG DOSE ..	100,
testosterone enanthate.....	52	trientine hcl.....	152	111	
tetrabenazine.....	31	trifluoperazine hcl.....	139	VALTOCO 15 MG DOSE ..	100,
tetracycline hcl.....	110	trifluridine.....	72, 145	111	
THALOMID.....	126	trihexyphenidyl hcl.....	81	VALTOCO 20 MG DOSE ..	100,
THEO-24.....	92			111	

VALTOCO 5 MG DOSE.... 100, 111	VONJO..... 136	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..... 129
vancomycin hcl 102, 103	voriconazole 124	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..... 129
VANDAZOLE 103	VOSEVI 145	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..... 129
VAQTA..... 68	VOTRIENT 136	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..... 129
<i>vardenafil</i> 44	VRAYLAR..... 14, 143	XTANDI..... 126
varenicline tartrate..... 75	VYFEMLA..... 51	XURIDEN 130, 167
VARIVAX 68	W	XYREM..... 74
VARIZIG 68	warfarin sodium..... 157	Y
VASCEPA..... 28	WELIREG 128	YF-VAX..... 68
VELIVET 51	X	YONSA 126
VELTASSA 154	XALKORI..... 137	Z
VEMLIDY 144	XARELTO 157	zafirlukast 90
VENCLEXTA..... 136	XARELTO STARTER PACK 157	zaleplon..... 75
VENCLEXTA STARTING PACK 136	XATMEP..... 64, 128	ZEJULA 137
venlafaxine besylate er 120	XCOPRI 116	ZELBORAF 137
venlafaxine hcl 120	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) 115	ZEMAIRA 167
venlafaxine hcl er 120	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) 115	ZENATANE..... 35
VENTAVIS..... 88	XELJANZ 59	ZENPEP 167
verapamil hcl..... 22, 26	XELJANZ XR..... 59, 64	ZEPATIER 145
verapamil hcl er..... 22, 25, 26	XERMELO..... 40	zidovudine 148
VERSACLOZ 140	XGEVA..... 85	ziprasidone hcl..... 15, 143
VERZENIO..... 136	XIFAXAN 40, 42, 103	ziprasidone mesylate 15, 143
VIAGRA 44	XIGDUO XR..... 162	ZIRGAN..... 73
VICTOZA 162	XIIDRA..... 70	ZOLINZA..... 130
vigabatrin..... 111	XOLAIR..... 59	zolmitriptan..... 78
VIIBRYD 120	XOSPATA..... 137	zolpidem tartrate 75
VIIBRYD STARTER PACK 120	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)..... 128, 129	zolpidem tartrate er..... 75
VIJOICE..... 167	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..... 129	zonisamide..... 113
VIMPAT..... 113	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..... 129	ZOVIA 1/35 (28)..... 51
VIRACEPT 150		ZYDELIG..... 137
VIREAD..... 144, 148		ZYKADIA..... 137
VITRAKVI..... 136		ZYTIGA 126
VIZIMPRO..... 136		

Este formulario fue actualizado el 22 de noviembre de 2022. Para información más reciente o para otras preguntas, por favor, comuníquese con Servicios al Afiliado de MMM Healthcare, LLC, al 1-866-333-5470 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-866-333-5469, de lunes a domingo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. o visite www.mmmpr.com.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

MMM Healthcare, LLC cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. MMM Healthcare, LLC complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Y0049_2022 1085 0001 2_C