

First+Plus - ELA Advantage (PPO)

Formulario 2018 (Lista de medicamentos cubiertos)

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

HPMS ID: 18486, Versión #: 24

Este formulario fue actualizado el 1 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de First+Plus al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos), o usuarios de TTY deben llamar al 1-877

672-4242, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., o visite www.firstpluspr.com.

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

Cuando esta lista de medicamentos (formulario) se refiere a “nosotros”, “nuestro” significa MMM Healthcare, LLC. Cuando se refiere a “el plan” o “nuestro plan” significa First+Plus - ELA Advantage (PPO).

Este documento incluye una lista de los medicamentos (formulario) cubiertos por el plan que está actualizado al 1 de octubre de 2018. Para una versión actualizada del formulario, por favor, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Los beneficiarios deben utilizar farmacias dentro de la red para acceder a su beneficio de medicamentos recetados. Beneficios, formulario, red de farmacias, y/o copagos/coaseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2018, y de vez en cuando durante el año.

¿Qué es el Formulario de First+Plus - ELA Advantage?

Un formulario es una lista de medicamentos cubiertos, seleccionados por nuestro plan, en consulta con un equipo de proveedores de salud, que representa las terapias de medicamentos recetados que se consideran parte necesaria de un programa de tratamiento de calidad. Nuestro plan generalmente cubrirá los medicamentos que aparecen en nuestro formulario, siempre que el medicamento sea médicamente necesario, la receta se adquiera en una farmacia de la red de nuestro plan y se sigan otras reglas del plan. Para más información sobre cómo ordenar sus medicamentos, refiérase a su Evidencia de Cubierta.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

Generalmente, si está tomando un medicamento disponible en nuestro formulario del 2018, que estaba cubierto al principio de año, no descontinuaremos o reduciremos la cubierta del medicamento durante el año de cubierta 2018, a menos que salga al mercado un medicamento genérico nuevo y menos costoso o que surja nueva información que sea adversa sobre la seguridad y efectividad del medicamento. Otros tipos de cambios en el formulario, como eliminar un medicamento de nuestro formulario, no afectarán a los beneficiarios que al momento estén tomando dicho medicamento. El mismo continuará disponible por el mismo costo que corresponde para esos afiliados que lo toman, por el resto de la cubierta anual. Consideramos que es importante que usted siga teniendo acceso por lo que resta del año de cubierta a los medicamentos del formulario que estaban disponibles cuando eligió nuestro plan, excepto en aquellos casos en los que pueda ahorrar dinero adicional o podamos garantizar su seguridad.

Si eliminamos medicamentos de nuestro formulario o añadimos preautorización, límites de cantidad y/o restricciones de terapias escalonadas para un medicamento o elevamos un medicamento a un nivel de costo compartido más alto], debemos notificarles el cambio a los beneficiarios afectados al menos 60 días antes de que dicho cambio entre en vigor, o en el momento en que el afiliado solicite una repetición del medicamento, y en ese momento el afiliado recibirá un suplido del medicamento para 60 días. Si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento incluido en nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, lo eliminaremos de inmediato de nuestro formulario y notificaremos a los afiliados que toman este medicamento. El formulario adjunto es vigente a partir del 1 de enero de 2018. Para información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por nuestro plan, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en la portada y contraportada de este formulario. En caso de cambios al formulario que no sean de mantenimiento que ocurran a mitad de año, se les notificará a todos los afiliados afectados por correo (por lo menos 60 días antes de que el cambio sea efectivo). Además, una versión actualizada del formulario impreso se actualizará la primera semana del mes de efectividad y se publicará en nuestro portal de Internet www.firstpluspr.com.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos maneras de encontrar su medicamento en el formulario:

Condición médica

El formulario comienza en la página 10. En este formulario, los medicamentos están agrupados por categoría según el tipo de condición médica que tratan. Por ejemplo, los medicamentos que se utilizan para tratar una condición cardíaca aparecen listados bajo la categoría “Agentes Cardiovasculares”. Si usted sabe para qué se usa su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que comienza en la página 8. Luego, busque el nombre del medicamento dentro de esa categoría.

Listado alfabético

Si no está seguro de la categoría en la que debe realizar su búsqueda, busque su medicamento en el índice que comienza en la página 151. El índice ofrece una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el índice aparecen tanto los medicamentos de marca, como los medicamentos genéricos. Vea el índice y busque su medicamento. Junto al medicamento verá el número de la página en la que podrá encontrar información sobre la cubierta. Vaya a la página que se indica en el índice y busque el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

Nuestro plan ofrece cubierta para medicamentos de marca y medicamentos genéricos. Un medicamento genérico está aprobado por la FDA como que tiene el mismo ingrediente activo que el medicamento de marca. Los medicamentos genéricos usualmente cuestan menos que los medicamentos de marca.

¿Existe alguna restricción en mi cubierta?

Es posible que algunos medicamentos cubiertos tengan requisitos o límites adicionales para la cubierta. Estos requisitos y límites pueden incluir:

- **Preautorización:** Nuestro plan exige que el afiliado o su médico obtenga preautorización para ciertos medicamentos. Esto significa que necesitará la aprobación de nuestro plan antes de adquirir la receta. Si no obtiene la aprobación del plan, es posible que nuestro plan no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** Para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento cubierto por nuestro plan. Por ejemplo, nuestro plan establece la cantidad de 30 tabletas por receta para *losartan*. Esto puede ser adicional a un suplido regular para un (1) mes o tres (3) meses.
- **Terapia escalonada:** En ciertos casos, nuestro plan exige que se trate primero la condición médica con ciertos medicamentos antes de cubrir otro medicamento para esa condición. Por ejemplo, si el Medicamento A y el Medicamento B se usan para tratar su condición médica en particular, es posible que nuestro plan no cubra el Medicamento B, a menos que primero utilice el Medicamento A. Si el Medicamento A no funciona en su caso, nuestro plan cubrirá el Medicamento B.

Usted puede verificar si su medicamento tiene algún requisito o límite adicional, consultando el formulario que empieza en la página 10. También puede obtener información adicional sobre las restricciones que se aplican a medicamentos específicos cubiertos en su formulario, visitando nuestra página de Internet. Publicamos documentos en Internet que explican nuestras restricciones de preautorización y terapia escalonada. También nos puede solicitar que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

Usted puede solicitar que nuestro plan haga una excepción a estas restricciones o límites, o que le facilite una lista de medicamentos similares que puedan tratar su condición de salud. Consulte la sección: “¿Cómo solicito una excepción al Formulario de First+Plus – ELA Advantage?” en la página 4, para información sobre cómo puede solicitar una excepción.

¿Qué sucede si mi medicamento no aparece en el Formulario?

Si su medicamento no aparece en este formulario (lista de medicamentos cubiertos), primero debe comunicarse con Servicios al Afiliado y verificar si el medicamento está cubierto.

Si le notifican que nuestro plan no ofrece cubierta para su medicamento, tiene dos opciones:

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

¿Cómo solicito una excepción al Formulario de First+Plus - ELA Advantage?

Puede pedirle a nuestro plan que haga una excepción en las reglas de cubierta. Hay varios tipos de excepciones que usted puede pedir:

- Puede pedir que cubramos su medicamento, aun cuando no aparezca en nuestro formulario. Si es aprobado, el medicamento será cubierto al nivel de costo compartido predeterminado, y usted no podrá solicitar que se provea el medicamento a un nivel de costo compartido menor.
- Puede pedir que cubramos su medicamento en un nivel menor de costo compartido, si el medicamento no está en el nivel de especialidad. Si es aprobado, esto bajará la cantidad que usted debe pagar por su medicamento.
- Puede pedir que obviemos las restricciones o límites de cubierta para su medicamento. Por ejemplo, para ciertos medicamentos, nuestro plan limita la cantidad del medicamento que cubrirá. Si el medicamento tiene un límite de cantidad, puede pedir que obviemos el límite y le proporcionemos una cantidad mayor.

Generalmente, nuestro plan sólo aprobará la solicitud de excepción si los medicamentos alternos incluidos en el formulario, el medicamento de nivel de costo más bajo o las restricciones adicionales de uso no fueran igualmente efectivos para el tratamiento de la condición o le pudieran causar efectos clínicos adversos.

Usted debe comunicarse con nosotros para solicitar una decisión inicial de cubierta para una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o a las restricciones de uso. **Cuando solicite una excepción al formulario, de nivel de costo más bajo o de restricción de uso, tendrá que presentar una justificación de su médico o profesional que le receta, que respalde su solicitud.** Por lo general, debemos tomar una decisión en un plazo de 72 horas después de recibir la declaración de su médico. Puede solicitar una excepción acelerada (rápida) si usted o su médico entienden que su salud podría verse seriamente afectada si espera 72 horas por la decisión. Si se le concede su petición de acelerar la autorización, debemos darle una decisión en o antes de 24 horas después de haber recibido la justificación de su médico primario o del médico que prescribe.

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

Como afiliado nuevo o afiliado existente en nuestro plan, usted puede estar tomando medicamentos que no están en nuestro formulario. O puede estar tomando un medicamento que está en nuestro formulario pero su capacidad para obtenerlo es limitada. Por ejemplo, podría necesitar nuestra autorización antes de obtener su receta. Usted debe hablar con su médico para decidir si debe cambiar a un medicamento apropiado que nosotros cubramos, o solicitar una excepción al formulario para que nosotros podamos cubrir el medicamento que usted toma. Mientras usted habla con su médico para determinar la mejor decisión, nosotros podríamos cubrirle su medicamento, en ciertos casos, durante los primeros 90 días en que usted sea afiliado de nuestro plan.

Para cada uno de sus medicamentos que no esté en nuestro formulario o si su capacidad para obtenerlo es limitada, nosotros cubriremos un suplido temporal de 30 días (a menos que usted tenga una receta para menos días) a través de una farmacia de nuestra red. Después de su primer suplido de 30 días, no pagaremos por esos medicamentos, aunque usted haya sido afiliado del plan por menos de 90 días.

Si usted es residente de una facilidad de cuidado prolongado, cubriremos un suplido de transición temporal de al menos 91 y hasta 98 días, de acuerdo con los incrementos en despacho (a menos que tenga una receta para menos días). Nosotros cubriremos más de una repetición de esos medicamentos por los primeros 90 días en que usted esté afiliado a nuestro plan. Si necesita un medicamento que no está en nuestro formulario, o si su capacidad para obtenerlo es limitada pero usted ya pasó los primeros 90 días de afiliación en nuestro plan, le cubriremos un suplido de emergencia de 31 días de ese medicamento (a menos que usted tenga una receta para menos días) mientras usted consigue una excepción al formulario.

Para aquellos afiliados que se han dado de alta de un hospital o de una facilidad de cuidado, para ir a su casa, o si su capacidad para obtener medicamentos es limitada, nuestro plan proveerá un suplido temporal de 30 días de medicamentos que no están en nuestro formulario o tiene alguna restricciones de uso, mientras le pide a su médico que le recete un medicamento similar que esté cubierto por nuestro plan.

Para más información

Para información más detallada sobre la cubierta de medicamentos recetados que ofrece nuestro plan, por favor consulte su Evidencia de Cubierta y otros materiales del plan.

Si tiene alguna pregunta sobre nuestro plan, por favor comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, al igual que la fecha en que este formulario fue actualizado, aparece en la portada y contraportada.

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

Formulario de First+Plus - ELA Advantage

El formulario a continuación ofrece información sobre la cubierta de los medicamentos cubiertos por nuestro plan. Si tiene dificultad para localizar un medicamento en la lista, consulte el índice que comienza en la página 151.

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

La información que aparece en la columna de Requisitos/Límites indica si nuestro plan establece algún requisito especial para la cubierta del medicamento.

Estructura de niveles

Antes de que el costo total anual de medicamentos (pagados tanto por usted como por nuestro plan) alcance los \$3,750.00, usted pagará lo siguiente por medicamentos recetados:

First+Plus - ELA Advantage (PPO)	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	\$2.00	\$4.00	\$4.00
	2	Genérico	\$5.00	\$10.00	\$10.00
	3	Marca Preferida	\$20.00	\$60.00	\$40.00
	4	Medicamento No Preferido	\$30.00	\$90.00	\$60.00
	5	Especialidad	33%	No Cubierto	No Cubierto

Luego de que su costo total anual de medicamentos alcance \$3,750.00, usted recibe cubierta limitada por el plan en ciertos medicamentos. También recibe un descuento en medicamentos de marca y, por lo general, no paga más de 35% del costo del plan por medicamentos de marca y 44% del costo del plan por medicamentos genéricos hasta que su costo de bolsillo anual por medicamentos alcance \$5,000.00.

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

First+Plus ELA Advantage (PPO)	Nivel	Medicamento	Copago por cantidad al detal (30 días)
	1	Genérico Preferido	\$3.00 o 44%
	2	Genérico	\$7.00 o 44%
	3	Marca Preferida	35%
	4	Medicamento No Preferido	35%
	5	Especialidad	35%

Luego de que los gastos de su bolsillo alcancen los \$5,000.00 en el año, usted pagará la cantidad mayor entre:

- 5% de coaseguro, o
- \$3.55 por medicamentos genéricos (incluyendo medicamentos de marca tratados como genéricos) y \$8.35 por todos los demás medicamentos

Para información más detallada sobre cómo los niveles de copago son aplicados, 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 que le podemos suplir en el número máximo autorizado de días.

ST - terapia escalonada

LA - medicamentos con acceso limitado (ej. Medicamentos de especialidad)

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

CG - medicamentos cubiertos durante su brecha de cubierta

TABLA DE CONTENIDO

Agentes Inmunológicos	10
Agentes Para El Tratamiento De Abuso De Sustancias. Anti-Adicción	16
Agentes Antidemencia	18
Agentes Antigota	18
Agentes Antiinflamatorios	19
Agentes Antimiasténicos	22
Agentes Bipolares	22
Agentes Cardiovasculares	24
Agentes Del Sistema Nervioso Central	37
Agentes Dermatológicos	39
Agentes Gastrointestinales	41
Agentes Genitourinarios	45
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)	47
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)	51
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)	58
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Prostaglandinas)	58
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)	58
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)	59
Agentes Hormonales, Supresores (Pituitaria)	59
Agentes Hormonales, Supresores (Tiroides)	61
Agentes Ofálmicos	61
Agentes Orales Y Dentales	64
Agentes Oticos	65
Agentes Para El Desorden Del Sueño	65
Agentes Para El Tratamiento De La Espasticidad	66
Agentes Para El Tratamiento De La Migraña	67
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson	68
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal	70
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso	72
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio	74
Analgésicos	81
Anestésicos	85
Ansiolíticos	86
Antibacteriales	87
Anticonvulsivos	96
Antidepresivos	101

Antieméticos	105
Antifungales	107
Antimicrobianas	109
Antineoplásicos	110
Antiparasitarios	120
Antisépticos	121
Antivirales	125
Desorden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento	133
Electrolitos / Minerales/ Vitaminas	134
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen	139
Reguladores De Glucosa En Sangre	142
Relajantes Musculo Esqueléticos	148
Non-Frf	149

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Inmunológicos			
<i>Agentes Inmunológicos</i>			
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 50 MG/0.5ML		5	PA
<i>Agentes Inmunizantes, Pasivos</i>			
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML		5	PA
GAMASTAN S/D INTRAMUSCULAR INJECTABLE (10ML), (2ML)		3	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
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML		5	PA
IMOGAM RABIES-HT INJECTION SOLUTION 300 UNIT/2ML		3	
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 20 GM/200ML		5	PA
SYNAGIS INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 50 MG/0.5ML		5	PA
<i>Agentes Para Angioedema</i>			
CINRYZE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 UNIT		5	PA; LA
FIRAZYR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML		5	PA; QL (18 ML per 30 days)
<i>Inmunomoduladores</i>			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML		5	PA; LA
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG		5	PA
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION 150 MG/ML		5	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	ARAVA	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE 300 MG/15ML		5	PA; LA
Inmunosupresores			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG, 3 MG, 5 MG		5	PA
AFINITOR ORAL TABLET 2.5 MG		5	PA
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	IMURAN	4	PA; MT
<i>azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg</i>		4	PA
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML		5	PA
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	SANDIMMUNE	2	PA; CG
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	GENGRAF	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>	GENGRAF	2	PA; MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	SANDIMMUNE	2	PA; MT; CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
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 40 MG/0.8ML (6 PACK)		5	PA; QL (6 EA per 28 days)
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML, 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-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (6 EA per 30 days)
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML		5	PA; QL (4 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 10 MG/0.2ML, 20 MG/0.4ML		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML		5	PA; QL (12 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>		2	CG
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>		2	PA; MT; CG
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 250 mg/10ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		2	PA
<i>mycophenolate mofetil hcl intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CELLCEPT INTRAVENOUS	4	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</i>	MYFORTIC	4	PA; MT
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 360 mg</i>	MYFORTIC	4	PA
NEORAL ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG		3	PA; MT
NEORAL ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		5	PA
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG		5	PA; QL (55 EA per 28 days)
PROGRAF ORAL CAPSULE 0.5 MG, 1 MG		3	PA
PROGRAF ORAL CAPSULE 5 MG		5	PA
RAPAMUNE ORAL SOLUTION 1 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML		3	PA; MT
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	RAPAMUNE	2	PA; CG
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	RAPAMUNE	5	PA
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	PROGRAF	4	PA
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML		4	PA
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)
ZORTRESS ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 0.75 MG		5	PA
Vacunas			
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 injectable</i>		3	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)		3	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 15-23-5 LF-MCG/0.5		3	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>		3	PA
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML		3	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 1440 EL U/ML 1 ML, 720 EL U/0.5ML, 720 EL U/0.5ML 0.5 ML		3	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG		3	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML		3	
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10		3	
IPOL INJECTION INJECTABLE		3	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML		3	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE		3	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED		3	
M-M-R II SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML		3	
PROQUAD SUBCUTANEOUS INJECTABLE		3	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION		3	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML		3	PA
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED		3	
ROTATEQ ORAL SOLUTION		3	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG		3	
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU		3	PA
<i>tetanus-diphtheria toxoids td intramuscular suspension 2-2 lf/0.5ml</i>		3	PA
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE		3	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 720-20		3	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)		3	
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		3	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML		3	QL (1 EA per 999 days)

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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para Revertimiento De Opioides			
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>		2	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>		2	
Agentes Para Sesación De Fumar			
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	ZYBAN	4	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG		4	PA; QL (56 EA per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42		4	PA
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG		3	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
Disuadores De Alcohol / Medicamentos Para Controlar El Deseo			
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>		4	
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	ANTABUSE	4	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
Tratamiento Dependencia De Opioides			
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg</i>		2	PA
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 8 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>		2	PA; QL (120 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>		2	
SUBOXONE SUBLINGUAL FILM 12-3 MG, 2-0.5 MG, 4-1 MG, 8-2 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
Agentes Antidemencia			
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 5 (28)-10 (21) mg</i>	NAMENDA TITRATION PAK	2	CG
NAMENDA XR TITRATION PACK ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7 & 14 & 21 & 28 MG		4	QL (28 EA per 28 days)
Inhibidores De Colinesterasa			
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg, 23 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)
<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>	RAZADYNE	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	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Antigota			
Agentes Antigota			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	ZYLOPRIM	1	MT; CG
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	MITIGARE	3	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	COLCRYS	2	
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>		2	MT; CG
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>		2	CG
ULORIC ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		3	MT
Agentes Antiinflamatorios			
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		4	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>		2	
<i>etodolac oral capsule 200 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, 50 mg</i>		2	
<i>ibu oral tablet 600 mg, 800 mg</i>		1	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>ketoprofen oral capsule 75 mg</i>		2	
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	MOBIC	1	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>		2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	EC-NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		4	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	4	
<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	
Glucocorticoides			
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		4	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	DIPROLENE	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	4	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 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	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		4	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg</i>	SOLU-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 40 mg</i>	SOLU-MEDROL	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
PREDNISONA INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
Agentes Antimiasténicos			
Parasimpatomiméticos			
<i>guanidine hcl oral tablet 125 mg</i>		2	CG
<i>pyridostigmine bromide er oral tablet extended release 180 mg</i>	MESTINON	2	CG
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	MESTINON	2	CG
Agentes Bipolares			
Agentes Bipolares, Otros			
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	4	
<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	4	MT
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; 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	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RISPERIDONE M-TAB	2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
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
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>	EPITOL	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	4	MT
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	LAMICTAL	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<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
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>		4	MT
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>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	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
<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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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 intravenous solution 5 mg/5ml</i>		1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution cartridge 5 mg/5ml</i>		1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	LOPRESSOR	1	MT; CG
<i>metoprolol tartrate oral tablet 25 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 intravenous solution 1 mg/ml</i>		1	
<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 Bloqueadores De Canales De Calcio			
<i>afeditab cr oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg</i>	ADALAT CC	1	MT; CG
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	NORVASC	1	MT; CG
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CARDIZEM CD	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cartia xt oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>		1	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>	TIAZAC	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	CARDIZEM CD	1	MT; CG
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 300 mg</i>	CARTIA XT	1	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 intravenous solution 50 mg/10ml</i>		1	
<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>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 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
<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, 90 mg</i>	ADALAT CC	1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 90 mg</i>	PROCARDIA XL	1	MT; CG
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 60 mg</i>	NIFEDICAL XL	1	MT; CG
<i>nifedipine oral capsule 10 mg</i>	PROCARDIA	1	MT; CG
<i>nifedipine oral capsule 20 mg</i>		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>		5	
<i>nisoldipine er oral tablet extended release 24 hour 17 mg, 34 mg, 8.5 mg</i>	SULAR	1	MT; CG
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg</i>		1	MT; CG
<i>taztia xt oral capsule extended release 24 hour 360 mg</i>		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 intravenous solution 2.5 mg/ml</i>		2	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 80 mg</i>	CALAN	1	MT; CG
<i>verapamil hcl oral tablet 40 mg</i>		1	MT; CG
Agentes Cardiovasculares, Otros			
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG	DIGITEK	2	QL (30 EA per 30 days)
DIGITEK ORAL TABLET 250 MCG	DIGITEK	2	PA
<i>digox oral tablet 125 mcg</i>		2	QL (30 EA per 30 days)
<i>digox oral tablet 250 mcg</i>		2	PA
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	LANOXIN	2	
<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>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RANEXA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1000 MG, 500 MG		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 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)
Agentes Cardiovasculares			
<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-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; CG; 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
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>		1	MT; CG
DEMSER ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<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
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	VYTORIN	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 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</i>		1	MT; CG
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 50-25 mg</i>	LOPRESSOR HCT	1	MT; CG
<i>moexipril-hydrochlorothiazide oral tablet 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg</i>		1	MT; CG
<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)
<i>propranolol-hctz oral tablet 40-25 mg, 80-25 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>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	ALDACTAZIDE	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>	DYAZIDE	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</i>	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 8 mg</i>	CARDURA	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg</i>	MINIPRESS	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 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
Agonistas Alfa-Adrenérgicos			
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	CATAPRES	1	MT; CG
<i>clonidine hcl transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-1	1	MT; CG
<i>clonidine hcl transdermal patch weekly 0.2 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-2	1	MT; CG
<i>clonidine hcl transdermal patch weekly 0.3 mg/24hr</i>	CATAPRES-TTS-3	1	MT; CG
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	MT
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG, 300 MG		5	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG		4	PA; MT; QL (60 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>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>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>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml</i>		2	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PACERONE	1	MT; CG
<i>amiodarone hcl oral tablet 400 mg</i>	PACERONE	2	MT; CG
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	TIKOSYN	2	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>		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)
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 400 MG		2	MT; CG
PACERONE ORAL TABLET 200 MG		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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		2	MT; CG
SORINE ORAL TABLET 160 MG, 80 MG		2	MT; CG
SORINE ORAL TABLET 240 MG		2	MT; CG
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg</i>		2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 160 mg, 80 mg</i>	BETAPACE	2	MT; CG
<i>sotalol hcl oral tablet 240 mg</i>	SORINE	2	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</i>	TRIGLIDE	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>fenofibrate oral tablet 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>	LESCOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 40 mg</i>	MEVACOR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg</i>		1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	PRAVACHOL	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	CRESTOR	2	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	ZOCOR	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
Dislipidémicos, Otros			
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	PREVALITE	2	MT; CG
<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	ST; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 30 MG, 40 MG, 5 MG, 60 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
KYNAMRO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML		5	PA; LA
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 750 mg</i>	NIASPAN	4	MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 500 mg</i>	NIASPAN	4	MT; QL (90 EA per 30 days)
NIACOR ORAL TABLET 500 MG		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML		5	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML		5	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML		5	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM		4	MT; QL (120 EA per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM		3	MT
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG		3	MT
<i>Diuréticos, Ahorradores De Potasio</i>			
<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
<i>Diuréticos, Asa De Henle</i>			
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>		2	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	BUMEX	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>toremide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	DEMADEX	1	MT; CG
<i>toremide oral tablet 100 mg, 5 mg</i>		1	MT; CG
<i>Diuréticos, Inhibidores De La Anhidrasa Carbónica</i>			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
Diuréticos, Tiazidas			
<i>chlorothiazide oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	MT; CG
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	MICROZIDE	1	MT; CG
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 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>methyclothiazide oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
Inhibidores Convertidor De La Enzima De Angiotensina (Ace)			
<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, 20 mg, 5 mg</i>	PRINIVIL	1	MT; CG
<i>lisinopril oral tablet 2.5 mg, 30 mg, 40 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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria / Vena			
<i>isosorbide dinitrate er oral tablet extended release 40 mg</i>		2	MT; CG
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg</i>		2	MT; CG
<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
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR		2	MT; CG
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %		2	MT; CG
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>	MINITRAN	2	MT; CG
Vasodilatadores, Actúan Directo En Arteria			
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>		2	CG
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>		2	CG
Agentes Del Sistema Nervioso Central			
<i>Agentes Del Sistema Nervioso Central, Otros</i>			
<i>estazolam oral tablet 1 mg, 2 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 days)
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG		4	PA
RADICAVA INTRAVENOUS SOLUTION 30 MG/100ML		5	PA
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	RILUTEK	2	PA; 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			
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		3	
SAVELLA ORAL TABLET 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG		3	PA
SAVELLA TITRATION PACK ORAL 12.5 & 25 & 50 MG		3	PA
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, Anfetaminas			
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 5 mg</i>	ADDERALL XR	2	PA; CG; QL (90 EA per 30 days)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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, 5 mg</i>	ZENZEDI	2	PA; CG
Agentes Para El Desorden De Déficit De Atención E Hiperactividad, N0-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	4	PA
<i>metadate er oral tablet extended release 20 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg</i>		2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 20 mg</i>	METADATE ER	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
<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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	RITALIN	2	CG; QL (90 EA per 30 days)
Agentes Para El Tratamiento De Esclerosis Múltiple			
AMPYRA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
AUBAGIO ORAL TABLET 14 MG, 7 MG		5	PA
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG		5	PA; QL (14 EA per 28 days)
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	COPAXONE	5	PA; QL (30 ML per 30 days)
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	COPAXONE	5	PA; QL (12 ML per 28 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML		5	PA; QL (30 ML per 30 days)
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML		5	PA; QL (12 ML per 28 days)
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml</i>		2	PA
TYSABRI INTRAVENOUS CONCENTRATE 300 MG/15ML		5	PA; LA
Agentes Dermatológicos			
Agentes Dermatológicos			
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 25 mg</i>	SORIATANE	5	PA
<i>acitretin oral capsule 17.5 mg</i>		5	PA
<i>adapalene external cream 0.1 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %, 0.3 %</i>	DIFFERIN	2	PA
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	GERI-HYDROLAC 12	2	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>		1	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>amnestem oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	ABSORICA	2	
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	BENZAMYCIN	4	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>		2	
<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	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG		4	
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	LOTRISONE	1	
<i>diclofenac sodium transdermal gel 1 %</i>	VOLTAREN	2	
<i>doxepin hcl external cream 5 %</i>	PRUDOXIN	4	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg</i>		2	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	4	
<i>fluorouracil external cream 0.5 %</i>	CARAC	3	
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	EFUDEX	4	
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>		4	
<i>fluorouracil intravenous solution 5 gm/100ml</i>	ADRUCIL	2	PA
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>fluticasone propionate external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	ALDARA	4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		4	
<i>methoxsalen rapid oral capsule 10 mg</i>	OXSORALEN ULTRA	5	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	
<i>nystatin-triamcinolone external cream 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<i>nystatin-triamcinolone external ointment 100000-0.1 unit/gm-%</i>		2	
<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>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	PROTOPIC	4	PA
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	TAZORAC	4	PA
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %		4	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>	AVITA	4	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	4	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	4	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>	AVITA	4	PA
<i>triamcinolone acetonide injection suspension 40 mg/ml</i>	KENALOG	2	
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG		4	
Agentes Gastrointestinales			
<i>Agentes Gastrointestinales, Otros</i>			
CHOLBAM ORAL CAPSULE 250 MG, 50 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>		2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	LOMOTIL	2	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG		5	PA
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	IMODIUM A-D	2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	REGLAN	1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG		3	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		4	
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML		5	PA
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	ACTIGALL	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 200 MG		5	PA
Agentes Síndrome Irritable Del Intestino			
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	LOTRONEX	5	PA
AMITIZA ORAL CAPSULE 24 MCG, 8 MCG		3	QL (60 EA per 30 days)
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		4	
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG		4	PA; MT; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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 intravenous solution 20 mg/2ml</i>		2	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	PEPCID	4	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PEPCID	1	
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>		2	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		2	
<i>nizatidine oral solution 15 mg/ml</i>		2	
<i>ranitidine hcl injection solution 50 mg/2ml</i>	ZANTAC	2	
<i>ranitidine hcl oral capsule 150 mg, 300 mg</i>		1	
<i>ranitidine hcl oral tablet 150 mg</i>		1	
<i>ranitidine hcl oral tablet 300 mg</i>	ZANTAC	1	
Antiespasmódicos, Gastrointestinal			
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	BENTYL	1	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>		1	
<i>glycopyrrolate injection solution 4 mg/20ml</i>	ROBINUL	2	
<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 (1.5 MG)	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS		4	PA; QL (10 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>Inhibidores De La Bomba De Protones</i>			
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG		4	QL (30 EA per 30 days)
<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 sodium intravenous solution reconstituted 20 mg</i>		4	
<i>esomeprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	NEXIUM I.V.	4	
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 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 intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	PROTONIX	2	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	PROTONIX	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>Laxantes</i>			
<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		2	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM		2	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		2	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>		2	
MOVIPREP ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 100 GM		4	
NULYTELY WITH FLAVOR PACKS ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		4	
<i>peg 3350/electrolytes oral solution reconstituted 240 gm</i>	COLYTE WITH FLAVOR PACKS	2	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	2	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	GAVILYTE-G	2	
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder</i>	CLEARLAX	2	
TRILYTE ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM		2	
Protectores			
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	CYTOTEC	2	CG
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	CARAFATE	2	CG
Agentes Genitourinarios			
Agentes Genitourinarios, Otros			
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	URECHOLINE	2	CG
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
ELMIRON ORAL CAPSULE 100 MG		3	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg)</i>	UROCIT-K 10	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 15 meq (1620 mg)</i>	UROCIT-K 15	2	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 5 meq (540 mg)</i>	UROCIT-K 5	2	
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	BUPHENYL	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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</i>	CARDURA	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>doxazosin mesylate oral tablet 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</i>	MINIPRESS	1	MT; CG
<i>prazosin hcl oral capsule 2 mg, 5 mg</i>	MINIPRESS	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			
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, 15 mg</i>	DITROPAN XL	2	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	DITROPAN XL	1	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>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	DETROL LA	4	QL (30 EA per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	DETROL	4	
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>		2	CG; QL (60 EA per 30 days)
VESICARE ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
Enlazadores De Fósforo			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	PHOSLO	2	CG
<i>calcium acetate (phos binder) 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>	RENVELA	4	QL (540 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	RENVELA	4	QL (180 EA per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	RENVELA	4	QL (540 EA per 30 days)
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Adrenal)</i>			
<i>ala-cort external cream 1 %</i>		1	
<i>ala-cort external cream 2.5 %</i>		1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	DIPROLENE AF	2	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>		4	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	DIPROLENE	4	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	DIPROLENE	4	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>		2	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		4	
<i>desonide external cream 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external lotion 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>desonide external ointment 0.05 %</i>		2	
<i>desoximetasone external cream 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	4	
<i>desoximetasone external gel 0.05 %</i>	TOPICORT	4	
<i>desoximetasone external ointment 0.05 %, 0.25 %</i>	TOPICORT	4	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 120 mg/30ml</i>		2	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>		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 otic oil 0.01 %</i>	DERMOTIC	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	DERMA-SMOOTH/FS SCALP	2	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>		4	
<i>fluocinonide external cream 0.1 %</i>	VANOS	4	
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>		4	
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>		4	
<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>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>		2	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	ULTRAVATE	4	
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	ULTRAVATE	4	
<i>hydrocortisone butyrate external cream 0.1 %</i>	LOCOID	1	
<i>hydrocortisone butyrate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>hydrocortisone butyrate external solution 0.1 %</i>	LOCOID	2	
<i>hydrocortisone external cream 1 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external cream 2.5 %</i>		1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>		2	
<i>hydrocortisone external ointment 1 %</i>	CORTIZONE-10	1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>		1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>hydrocortisone valerate external ointment 0.2 %</i>		2	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg</i>	SOLU-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 40 mg</i>	SOLU-MEDROL	2	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	ELOCON	2	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	ELOCON	2	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>		2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
PROCTO-PAK RECTAL CREAM 1 %		4	
PROCTOZONE-HC RECTAL CREAM 2.5 %		4	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %, 0.5 %</i>	TRIDERM	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 Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Modificadores/Hormonas Sexuales)</i>			
<i>altavera oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		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 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		4	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	BALZIVA	4	
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
DELYLA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	MT; CG
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-30 mg-mcg</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		2	MT; CG
<i>enskyce oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>estradiol valerate intramuscular oil 40 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg</i>		2	MT; CG
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG		2	PA
FYAVOLV ORAL TABLET 1-5 MG-MCG		2	PA
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	
<i>isibloom oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		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
<i>kariva oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>		2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
<i>kelnor 1/50 oral tablet 1-50 mg-mcg</i>		2	MT; CG
<i>kurvelo oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
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		2	MT; CG
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.15-0.03 mg</i>		4	
<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
<i>loryna oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
MONONESSA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		4	
NECON 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG		2	MT; CG
<i>nikki oral tablet 3-0.02 mg</i>		2	CG
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG		4	
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
NUVARING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR		4	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG		2	MT; CG
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG		2	MT; CG
<i>pimtree oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	AZURETTE	2	CG
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG		2	MT; CG
QUASENSE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG		4	
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 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG		2	MT; CG
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG		4	
TRINESSA (28) ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG		2	MT; CG
TRIVORA (28) ORAL TABLET		2	MT; CG
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG		4	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG		2	MT; CG
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
ZENCHENT ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG		4	
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG		2	MT; CG
Agentes Modificadores Del Receptor Selectivo De Estrógeno			
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	EVISTA	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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>		4	
<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	4	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
<i>testosterone transdermal gel 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	ANDROGEL	4	PA; MT; QL (300 GM per 30 days)
Esteroides Anabólicos			
ANADROL-50 ORAL TABLET 50 MG		5	PA
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	OXANDRIN	5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 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	4	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	4	PA
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	ESTRACE	2	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	VAGIFEM	2	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml</i>	DELESTROGEN	2	
<i>estropipate oral tablet 0.75 mg</i>		1	PA
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		2	MT; CG
MENEST ORAL TABLET 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREMARIN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG		3	
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
DEPO-PROVERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 400 MG/ML		4	PA
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
JOLIVETTE ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG		2	MT; CG
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>		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>		4	PA
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	MEGACE ES	4	PA; MT
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>		4	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	AYGESTIN	2	MT; CG
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	CAMILA	2	MT; CG
<i>progesterone micronized oral capsule 100 mg</i>	PROMETRIUM	2	MT; CG
<i>progesterone micronized oral capsule 200 mg</i>	PROMETRIUM	1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Pituitaria)</i>			
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>		2	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	DDAVP	2	PA
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	DDAVP	2	MT; CG
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML		5	PA; LA
NORDITROPIN FLEXPRO SUBCUTANEOUS SOLUTION 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)			
<i>Agentes Hormonales, Estimulantes / Reemplazo / Modificación (Tiroides)</i>			
<i>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</i>		1	MT; CG
<i>levothyroxine sodium 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</i>		1	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG		2	MT; CG
Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)			
<i>Agentes Hormonales, Supresores (Adrenal)</i>			
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG		3	
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>		4	QL (20 EA per 30 days)
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>		4	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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG		5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 30 MG (PED)		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml</i>		5	PA
<i>octreotide acetate injection solution 200 mcg/ml</i>		4	PA
<i>octreotide acetate injection solution 500 mcg/ml</i>	SANDOSTATIN	5	PA
SANDOSTATIN LAR DEPOT INTRAMUSCULAR KIT 10 MG, 20 MG, 30 MG		5	PA
SIGNIFOR LAR INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML		5	PA
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML		5	PA
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)			
Agentes Antitiroides			
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	TAPAZOLE	2	MT; CG
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Ofálmicos			
Agentes Ofálmicos Para Alergia			
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>		2	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %		3	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>		1	
LASTACAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %		4	
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	PATADAY	2	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %		3	
Agentes Ofálmicos Para Glaucoma			
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		2	MT; CG
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %		3	MT
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %		3	MT
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>		2	MT; CG
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %		3	MT
<i>bimatoprost ophthalmic solution 0.03 %</i>		2	MT; CG; QL (5 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %</i>	ALPHAGAN P	4	MT
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.2 %</i>		2	MT; CG
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>		2	MT; CG
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %		3	MT
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	TRUSOPT	2	MT; CG
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	COSOPT	2	MT; CG
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	BETAGAN	2	MT; CG
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>metipranolol ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	MT; CG
PHOSPHOLINE IODIDE OPHTHALMIC SOLUTION RECONSTITUTED 0.125 %		4	MT
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	ISOPTO CARPINE	2	MT
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %		3	MT
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC-XE	2	CG
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	TIMOPTIC	1	MT; CG
<i>Agentes Ofálmicos Para La Inflamación</i>			
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %		3	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>		2	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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 OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5 %		3	
MAXIDEX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
NEVANAC OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %		3	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>		2	
Agentes Ofálmicos, Otros			
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	ISOPTO ATROPINE	1	CG
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %		5	QL (60 ML per 30 days)
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	ALCAINE	2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %		3	PA; MT; QL (60 EA per 30 days)
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
Agentes Ofálmicos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	POLYCIN	2	
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	NEO-POLYCIN HC	2	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %		4	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	NEO-POLYCIN	2	
<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>	NEOSPORIN	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>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>		2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	TOBRADEX	4	
Prostaglandinas Oftálmicas Y Análogos De Prostamida			
<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)
TRAVATAN Z OPHTHALMIC SOLUTION 0.004 %		3	MT; QL (2.5 ML per 25 days)
Agentes Orales Y Dentales			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Orales Y Dentales			
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	EVOXAC	2	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	PAROEX	1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		2	
<i>perio gard mouth/throat solution 0.12 %</i>	PAROEX	1	
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	SALAGEN	2	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	ORALONE	2	
Agentes Oticos			
Agentes Oticos			
CIPRODEX OTIC SUSPENSION 0.3-0.1 %		3	
<i>hydrocortisone-acetic acid otic solution 1-2 %</i>	ACETASOL HC	2	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>		4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>		2	
Agentes Para El Desorden Del Sueño			
Agentes Para El Desorden Del Sueño, Otros			
<i>armodafinil oral tablet 150 mg</i>	NUVIGIL	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	NUVIGIL	4	PA; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	NUVIGIL	4	PA; QL (150 EA per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>		2	PA; CG
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>modafinil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	PROVIGIL	2	PA; CG; QL (30 EA per 30 days)
ROZEREM ORAL TABLET 8 MG		3	QL (30 EA per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML		5	PA; LA; QL (540 ML per 30 days)
Moduladores Del Receptor De Gaba			
<i>temazepam oral capsule 15 mg, 7.5 mg</i>	RESTORIL	2	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 22.5 mg, 30 mg</i>	RESTORIL	1	CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	SONATA	2	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate er oral tablet extended release 12.5 mg, 6.25 mg</i>	AMBIEN CR	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	AMBIEN	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
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	
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 UNIT, 200 UNIT		4	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg</i>		2	
<i>dantrolene sodium oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	DANTRIUM	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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			
Agonistas Del Receptor De Serotonina (5-Ht) 1B/1D			
<i>eletriptan hydrobromide oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	RELPAK	4	QL (9 EA per 30 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	AMERGE	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, 5 mg</i>	MAXALT-MLT	2	QL (18 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	IMITREX	4	QL (12 EA per 28 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	IMITREX	4	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)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	4	QL (9 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX STATDOSE REFILL	4	QL (6 ML per 28 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	IMITREX	4	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	4	QL (6 ML per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG	4	QL (12 EA per 28 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	ZOMIG ZMT	4	QL (12 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Alcaloides De Ergotamina			
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	D.H.E. 45	5	
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	MIGRANAL	2	
MIGERGOT RECTAL SUPPOSITORY 2-100 MG		5	
Profilácticos			
BOTOX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 UNIT, 200 UNIT		4	PA
<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
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>		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>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	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	CG
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	CG
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	COMTAN	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes Para El Tratamiento De Parkinson			
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg</i>	STALEVO 50	2	MT; CG
<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
Antagonistas De Dopamina			
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML		5	LA
<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	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>	MIRAPEX	2	MT; CG
<i>ropinirole hcl er oral tablet extended release 24 hour 12 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	REQUIP XL	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>	REQUIP	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Anticolinérgicos			
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	COGENTIN	2	PA
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>		2	PA; CG
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		2	
<i>trihexyphenidyl hcl oral elixir 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>	ELDEPRYL	2	MT; CG
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>		2	MT; CG
Precursores De Dopamina /Inhibidores De Decarboxilasa E L-Amino Acido			
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	SINEMET CR	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	SINEMET	2	MT; CG
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Para La Enfermedad Inflamatoria Intestinal			
Aminosalicilatos			
APRISO ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.375 GM		4	MT
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	COLAZAL	4	
CANASA RECTAL SUPPOSITORY 1000 MG		5	
DELZICOL ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 400 MG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DIPENTUM ORAL CAPSULE 250 MG		5	
<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>		4	
Glucocorticoides			
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	ENTOCORT EC	5	
COLOCORT RECTAL ENEMA 100 MG/60ML		4	
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>		4	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML		2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 4 mg, 6 mg</i>	DECADRON	2	
<i>dexamethasone oral tablet 1 mg, 1.5 mg, 2 mg</i>		2	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	CORTEF	2	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	COLOCORT	4	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	DEPO-MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	MEDROL	2	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg</i>	SOLU-MEDROL	2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	OMNIPRED	2	
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 10 mg/5ml</i>	MILLIPRED	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 20 mg/5ml</i>	VERIPRED 20	2	
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 6.7 (5 base) mg/5ml</i>		2	
PREDNISONO INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>		2	
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 50 mg</i>		1	
<i>prednisone oral tablet 20 mg</i>	DELTASONE	1	
PROCTOSOL HC RECTAL CREAM 2.5 %		2	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG		4	
Sulfonamidas			
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	AZULFIDINE	2	MT
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	AZULFIDINE EN-TABS	2	MT
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
Agentes Parala Enfermedad Metabólica Del Hueso			
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 5 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 40 mg</i>		1	CG; QL (30 EA per 30 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>	MIACALCIN	2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>		4	
<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>etidronate disodium oral tablet 200 mg, 400 mg</i>		2	
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION 600 MCG/2.4ML		5	PA; QL (2.4 ML per 28 days)
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	BONIVA	2	MT; CG; QL (1 EA per 28 days)
MIACALCIN INJECTION SOLUTION 200 UNIT/ML		5	
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG		5	PA; LA; QL (2 EA per 28 days)
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>		2	PA
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>		4	PA
<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 60 MG/ML		4	PA; QL (1 ML per 180 days)
<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>	AELVIA	2	MT; CG; QL (4 EA per 28 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 30 MG, 60 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
SENSIPAR ORAL TABLET 90 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML		5	PA; QL (1.7 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	ZOMETA	4	PA
<i>zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml</i>	RECLAST	2	PA
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
Agentes Del Tracto Respiratorios, Otros			
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>		2	PA
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA; LA
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
STIOLTO RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 2.5-2.5 MCG/ACT		3	PA; QL (4 GM per 30 days)
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 50 UNIT/ML 1 ML		3	
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG		5	PA; LA
Agentes Para Fibrosis Cística			
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA
KALYDECO ORAL PACKET 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
Agentes Pulmonares/ Tracto Respiratorio			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT		3	QL (8 GM per 30 days)
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG		5	PA; QL (270 EA per 30 days)
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>		2	PA; CG
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML		5	PA
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT		3	QL (10.2 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA; LA; QL (6 EA per 28 days)
Antihipertensivos Pulmonares			
ADCIRCA ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
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)
LETAIRIS ORAL TABLET 10 MG, 5 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG		5	PA; LA; QL (30 EA per 30 days)
REMODULIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML		5	PA; LA
REVATIO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 10 MG/ML		5	PA
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	REVATIO	2	PA; MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML		5	PA; LA; 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>		4	
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>		4	
<i>desloratadine oral tablet 5 mg</i>	CLARINEX	2	QL (30 EA per 30 days)
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	XYZAL ALLERGY 24HR CHILDRENS	2	
<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
Antiinflamatorios, Corticoesteroides Inhalados			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT		4	PA; 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/BLIST, 50 MCG/BLIST		3	QL (60 EA per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250 MCG/BLIST		3	QL (240 EA per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT		3	QL (24 GM per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT		3	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 external lotion 0.05 %</i>	CUTIVATE	2	
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	CLARISPRAY	2	QL (16 GM per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT, 90 MCG/ACT		3	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</i>	ACCOLATE	4	MT
<i>zafirlukast oral tablet 20 mg</i>	ACCOLATE	4	
Broncodilatadores, Anticolinérgicos			
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT		3	QL (25.8 GM per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH		4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>		2	PA; MT; CG
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %</i>		2	QL (30 ML per 30 days)
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.06 %</i>		2	QL (15 ML per 30 days)
SPIRIVA HANDIHALER INHALATION CAPSULE 18 MCG		3	QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SPIRIVA RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 1.25 MCG/ACT, 2.5 MCG/ACT		3	QL (4 GM per 30 days)
Broncodilatadores, Simpatomiméticos			
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE		4	PA; QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 250-50 MCG/DOSE		4	QL (60 EA per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT		4	PA; QL (12 GM per 30 days)
<i>albuterol sulfate er oral tablet extended release 12 hour 4 mg, 8 mg</i>		2	CG
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml</i>		2	PA; CG
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>		2	CG
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>		2	CG
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH		4	QL (60 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>		3	QL (6 EA per 30 days)
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml</i>	AUVI-Q	3	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>epinephrine injection solution auto-injector 0.3 mg/0.3ml</i>	AUVI-Q	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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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>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
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	XOPENEX HFA	2	CG; QL (30 GM per 30 days)
PERFOROMIST INHALATION NEBULIZATION SOLUTION 20 MCG/2ML		3	PA
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE		3	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>terbutaline sulfate injection solution 1 mg/ml</i>		5	
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>		2	CG
VENTOLIN HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT		3	QL (36 GM per 30 days)
<i>Estabilizadores De Mastocitos</i>			
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>		2	PA; MT; CG
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	GASTROCROM	5	
<i>Inhibidores De Fósfo diesterasa, Enfermedad De Las Vías Respiratorias</i>			
<i>aminophylline intravenous solution 25 mg/ml</i>		2	
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	THEOCHRON	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>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>		4	
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 EA per 30 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 (42 EA per 7 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 8 mg</i>	DILAUDID	2	QL (21 EA per 7 days)
<i>meperidine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	DEMEROL	2	PA; QL (720 ML per 30 days)
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>		4	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>		4	
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>		4	QL (630 ML per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		4	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 15 mg</i>	ROXICODONE	4	QL (28 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 30 mg</i>	ROXICODONE	4	QL (14 EA per 7 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 5 mg</i>	ROXICODONE	4	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	ULTRAM	2	QL (56 EA per 7 days)
Analgésicos Opioides, Larga Duración			
<i>duramorph injection solution 0.5 mg/ml, 1 mg/ml</i>		4	PA
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	ACTIQ	5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr</i>	DURAGESIC-100	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 12 mcg/hr</i>	DURAGESIC-12	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 25 mcg/hr</i>	DURAGESIC-25	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 50 mcg/hr</i>	DURAGESIC-50	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 75 mcg/hr</i>	DURAGESIC-75	4	PA; QL (10 EA per 30 days)
FENTORA BUCCAL TABLET 100 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG		5	PA; QL (120 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	DOLOPHINE	2	QL (180 EA per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</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>		4	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 20 mg, 30 mg, 50 mg, 60 mg, 80 mg</i>	KADIAN	4	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral capsule extended release 24 hour 100 mg</i>	KADIAN	5	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 30 mg</i>	MS CONTIN	4	QL (21 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 200 mg, 60 mg</i>	MS CONTIN	4	QL (14 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate injection solution 5 mg/ml</i>		4	PA
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml</i>		2	QL (420 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral solution 20 mg/5ml</i>		2	QL (210 ML per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg</i>		4	QL (42 EA per 7 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 30 mg</i>		4	QL (28 EA per 7 days)
XTAMPZA ER ORAL CAPSULE ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG		3	QL (14 EA per 7 days)
Analgésicos			
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #3	2	QL (42 EA per 7 days)
<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 (42 EA per 7 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	TYLENOL WITH CODEINE #4	2	QL (42 EA per 7 days)
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG		4	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>		2	QL (1260 ML per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	LORCET HD	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	LORCET	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	LORCET PLUS	2	QL (42 EA per 7 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>		2	QL (28 EA per 7 days)
LORCET HD ORAL TABLET 10-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET ORAL TABLET 5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
LORCET PLUS ORAL TABLET 7.5-325 MG		2	QL (42 EA per 7 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg</i>	ENDOCET	4	QL (42 EA per 7 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	ULTRACET	2	QL (56 EA per 7 days)
Antiinflamatorios No-Esteroidales			
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	CELEBREX	4	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	CELEBREX	4	PA; QL (30 EA per 30 days)
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>		2	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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, 50 mg</i>		2	
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>		2	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	IBU	1	
<i>ketoprofen oral capsule 75 mg</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>		2	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	EC-NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral suspension 125 mg/5ml</i>	NAPROSYN	2	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	NAPROSYN	1	
<i>naproxen oral tablet 375 mg</i>		1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg</i>		4	
<i>naproxen sodium oral tablet 550 mg</i>	ANAPROX DS	4	
<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			
Anestésicos Locales			
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>		2	PA
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	LIDODERM	4	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %</i>	XYLOCAINE-MPF	2	PA
<i>lidocaine hcl external gel 2 %</i>		2	PA
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>lidocaine hcl injection solution 2 %</i>	XYLOCAINE	2	PA
<i>lidocaine viscous mouth/throat solution 2 %</i>		1	
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>		4	PA
Ansiolíticos			
Ansiolíticos, Otros			
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>		2	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>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>		2	PA
SILENOR ORAL TABLET 3 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
Benzodiazepinas			
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	XANAX	1	CG
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>		2	
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	ATIVAN	1	CG
Ssris/ Snris			
<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)
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 25 mg</i>	PAXIL CR	1	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	PAXIL	1	PA; MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	PA
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	ZOLOFT	1	MT; CG
<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
Antibacteriales			
Aminoglicósidos			
<i>amikacin sulfate injection solution 500 mg/2ml</i>		4	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		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	
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>		2	
<i>gentamicin sulfate injection solution 40 mg/ml</i>		2	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>		2	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>		2	
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>		4	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %		3	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	KITABIS PAK	5	PA; QL (280 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	TOBEX	2	
<i>tobramycin sulfate injection solution 10 mg/ml, 80 mg/2ml</i>		2	PA
TOBEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
Antibacteriales, Otros			
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>		2	
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>		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 gel 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate external swab 1 %</i>	CLEOCIN-T	2	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	CLEOCIN IN D5W	4	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 900 mg/6ml</i>	CLEOCIN PHOSPHATE	4	
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	CLEOCIN	2	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CUBICIN	5	PA
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	ALCOH-GLOVE CONTOURED WIPE	3	MT
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	ZYVOX	5	PA
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	ZYVOX	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	HIPREX	2	
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	METROCREAM	4	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	ROSADAN	4	
<i>metronidazole external gel 1 %</i>	METROGEL	2	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	METROLOTION	4	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 500-0.79 mg/100ml-%</i>		2	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	FLAGYL	2	
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	METROGEL-VAGINAL	2	
<i>mupirocin calcium external cream 2 %</i>	BACTROBAN	2	
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	CENTANY	2	
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	MACRODANTIN	2	PA
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	MACROBID	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)
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM		4	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	TYGACIL	4	PA
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>		2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		4	PA
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1000 mg, 500 mg</i>		2	PA
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg, 250 mg</i>	VANCOCIN HCL	5	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %		2	
XIFAXAN ORAL TABLET 200 MG, 550 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Antibacteriales			
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	COLY-MYCIN M	4	PA
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG		5	PA
Betalactámico, Cefalosporinas			
<i>ceftazidime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>		2	
<i>ceftazidime 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>		4	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		4	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	MAXIPIME	4	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	SUPRAX	4	
<i>cefotaxime sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>		4	
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>		4	PA
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>		4	PA
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>		4	
<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, 2 gm, 6 gm</i>	TAZICEF	4	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	ROCEPHIN	2	PA
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>		2	PA
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		2	PA
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 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>	KEFLEX	1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		2	
SUPRAX ORAL CAPSULE 400 MG		3	
SUPRAX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML		3	
SUPRAX ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG, 200 MG		4	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG		5	PA
<i>Betalactámico, Otros</i>			
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm</i>	AZACTAM	4	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg</i>		2	PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	PRIMAXIN IV	4	PA
INVANZ INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM		4	PA
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	MERREM	4	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>	AUGMENTIN XR	4	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 250-62.5 mg/5ml</i>	AUGMENTIN	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</i>		2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 500-125 mg, 875-125 mg</i>	AUGMENTIN	2	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>		4	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>		1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg</i>		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		4	PA
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	UNASYN	4	PA
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML		4	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>		2	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	PA
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>		5	PA
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>		4	
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>		5	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>		4	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit</i>	PFIZERPEN	4	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>		4	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>		4	
<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	
<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>	ZOSYN	4	
Macrólidos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AZASITE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %		4	
<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</i>	ZITHROMAX	2	QL (75 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 200 mg/5ml</i>	ZITHROMAX	2	QL (68 ML per 30 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg</i>	ZITHROMAX	1	QL (8 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 250 mg (6 pack)</i>	ZITHROMAX	1	QL (6 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg</i>	ZITHROMAX	1	QL (4 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 500 mg (3 pack)</i>	ZITHROMAX	1	QL (3 EA per 15 days)
<i>azithromycin oral tablet 600 mg</i>	ZITHROMAX	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</i>		2	
<i>clarithromycin oral tablet 500 mg</i>	BIAXIN	2	
DIFICID ORAL TABLET 200 MG		5	ST
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG		4	
<i>ery external pad 2 %</i>		2	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG		2	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		2	PA
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG		4	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>		4	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	E.E.S. 400	4	
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	ERYGEL	4	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>		2	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>		2	
Quinolonas			
CETRAXAL OTIC SOLUTION 0.2 %		3	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %		3	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	CILOXAN	2	
<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 hcl otic solution 0.2 %</i>	CETRAXAL	2	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml</i>		4	
<i>ciprofloxacin oral suspension reconstituted 250 mg/5ml (5%), 500 mg/5ml (10%)</i>	CIPRO	2	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	ZYMAXID	4	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>		4	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>		4	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>		2	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	LEVAQUIN	1	
MOXEZA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %		3	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	VIGAMOX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	OCUFLOX	2	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	FLOXIN OTIC	2	
Sulfonamidas			
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	SILVADENE	2	
<i>ssd external cream 1 %</i>	SILVADENE	2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>		2	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	BLEPH-10	2	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>		2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	SULFATRIM PEDIATRIC	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		4	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MORGIDOX	2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>		2	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 150 mg, 75 mg</i>	ACTICLATE	2	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	MINOCIN	2	
<i>minocycline hcl oral capsule 75 mg</i>		2	
Anticonvulsivos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes De Aumento De Ácido Gamma-Aminobutírico (Gaba)			
<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
<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
<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
<i>lamotrigine oral tablet dispersible 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	LAMICTAL ODT	2	MT; CG
ONFI ORAL SUSPENSION 2.5 MG/ML		5	
ONFI ORAL TABLET 10 MG, 20 MG		5	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>		4	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>		4	PA
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	MYSOLINE	2	MT; CG
SABRIL ORAL TABLET 500 MG		5	PA; LA
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	GABITRIL	2	MT; CG
<i>valproate sodium oral solution 250 mg/5ml</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	DEPAKENE	2	MT; CG
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	SABRIL	5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
Agentes De Canales De Sodio			
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 800 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
APTIOM ORAL TABLET 600 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
BANZEL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	PA
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG		5	PA
<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>	EPITOL	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		4	MT
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG		4	MT
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML		4	MT
EPITOL ORAL TABLET 200 MG		2	MT; CG
<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
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG		4	MT
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

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	PHENYTEK	2	MT; CG
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>		2	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
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML		5	
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML		5	QL (1200 ML per 30 days)
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)
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
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG		3	
LYRICA ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 225 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG, 75 MG		3	
LYRICA ORAL SOLUTION 20 MG/ML		3	
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	ZONEGRAN	2	MT; CG
<i>zonisamide oral capsule 50 mg</i>		2	MT; CG
Agentes Reductores De Glutamato			
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	FELBATOL	5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	FELBATOL	2	MT; CG
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</i>	LAMICTAL XR	2	MT; CG
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 50 mg</i>	LAMICTAL XR	4	MT
<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 starter kit-blue oral kit 25 (35) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-green oral kit 25 (84)-100(14) mg</i>	LAMICTAL STARTER	2	MT; CG
<i>lamotrigine starter kit-orange oral kit 25 (42)-100 (7) mg</i>	LAMICTAL STARTER	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
Anticonvulsivos, Otros			
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML		5	PA
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
DIASTAT ACUDIAL RECTAL GEL 10 MG, 20 MG		4	
DIASTAT PEDIATRIC RECTAL GEL 2.5 MG		4	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML		2	PA
<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>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	2	MT; CG
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>		4	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	KEPPRA	2	CG
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>roweepra oral tablet 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA	2	MT; CG
<i>roweepra xr oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	KEPPRA XR	1	MT; CG
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG		4	
Antidepresivos			
Antidepresivos, Otros			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 400 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG		5	PA; QL (1 EA per 28 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	ABILIFY	5	
<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 oral tablet 100 mg, 75 mg</i>		2	MT; CG
<i>maprotiline hcl oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>		2	CG
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	REMERON	2	MT; CG
<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>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>		2	MT; CG
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; 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	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	PA; MT; CG
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg</i>		1	MT; CG
Antidepresivos			
<i>olanzapine-fluoxetine hcl oral capsule 12-25 mg, 12-50 mg, 3-25 mg, 6-25 mg, 6-50 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
Inhibidores De Monoamino Oxidasa			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
Ssris/ Snris			
<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>	KHEDEZLA	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)
<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, 40 MG, 80 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG		2	ST; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG		4	ST; 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</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>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 12.5 mg, 25 mg</i>	PAXIL CR	1	MT; CG
<i>paroxetine hcl er oral tablet extended release 24 hour 37.5 mg</i>	PAXIL CR	2	MT; CG
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	PAXIL	1	PA; MT; CG
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML		4	PA; ST
<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
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG		4	ST; 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</i>		2	MT; CG
<i>venlafaxine hcl oral tablet 75 mg</i>		2	ST; MT; CG
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG		4	ST; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG		4	ST; 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	MT; 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	MT; CG
<i>desipramine hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 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
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	TOFRANIL	2	PA; CG
<i>imipramine pamoate oral capsule 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg</i>		2	PA; CG
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	PAMELOR	1	MT; CG
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>		2	MT
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
SILENOR ORAL TABLET 3 MG, 6 MG		3	ST; QL (30 EA per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	SURMONTIL	2	PA; CG
Antieméticos			
Antieméticos, Otros			
<i>chlorpromazine hcl injection solution 50 mg/2ml</i>		4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg</i>		2	
<i>meclizine hcl oral tablet 25 mg</i>		2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</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>		4	
PHENADOZ RECTAL SUPPOSITORY 12.5 MG		2	PA
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml</i>		2	CG
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>		2	MT; CG
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	COMPRO	4	
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>		2	PA
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG) TRANSDERMAL PATCH 72 HOUR 1 MG/3DAYS		4	PA; QL (10 EA per 30 days)
Terapia Adyuvante Emetogénica			
<i>aprepitant oral capsule 125 mg</i>	EMEND	4	PA; MT; QL (2 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 40 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (1 EA per 30 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 & 125 mg</i>	EMEND TRI-PACK	2	PA; QL (3 EA per 3 days)
<i>aprepitant oral capsule 80 mg</i>	EMEND	2	PA; QL (2 EA per 2 days)
<i>dronabinol oral capsule 10 mg</i>	MARINOL	5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>dronabinol oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	MARINOL	2	PA; QL (60 EA per 30 days)
EMEND INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		3	PA
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG		4	PA; QL (2 EA per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution 0.1 mg/ml</i>		2	
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>		2	PA
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>		2	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml</i>		2	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	ZOFRAN	2	PA; QL (300 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>	ZOFRAN	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	ZOFRAN ODT	2	PA; QL (45 EA per 30 days)
Antifungales			
Antifungales			
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML		5	PA
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
<i>amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg</i>		4	PA
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	CANCIDAS	5	PA
<i>ciclopirox external gel 0.77 %</i>		2	
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	LOPROX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ciclopirox external solution 8 %</i>	CICLODAN	2	
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	CICLODAN	2	
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	LOPROX	2	
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	CLOTRIMAZOLE GRX	2	
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	FUNGICURE INTENSIVE/NAILGUA RD	2	
<i>clotrimazole mouth/throat lozenge 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>		4	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>		4	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>		4	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>		4	
<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>	NIZORAL	2	
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>		2	
MYCAMINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 50 MG		5	PA
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML		5	
NOXAFIL ORAL TABLET DELAYED RELEASE 100 MG		5	
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM		4	
<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		4	
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	LAMISIL	2	QL (90 EA per 365 days)
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %</i>	TERAZOL 7	2	
<i>terconazole vaginal cream 0.8 %</i>		2	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>		4	
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	VFEND IV	4	
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	VFEND	5	
<i>voriconazole oral tablet 200 mg, 50 mg</i>	VFEND	5	
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
Antimicobacteriales			
Antimicobacteriales, Otros			
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>		4	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG		4	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	MYCOBUTIN	2	
Antituberculares			
CAPASTAT SULFATE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	MYAMBUTOL	2	
<i>isoniazid injection solution 100 mg/ml</i>		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>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>		2	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	RIFADIN	4	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	RIFADIN	2	
RIFATER ORAL TABLET 50-120-300 MG		4	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG		5	PA
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG		4	
Antineoplásicos			
Agentes Antiangiogénicos			
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; LA
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA
Alkylating Agents			
<i>busulfan intravenous solution 6 mg/ml</i>	BUSULFEX	5	PA
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>		4	PA
HEXALEN ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG		4	
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
<i>melfhalan hcl intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	ALKERAN	5	PA
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %		5	PA; LA
Antiandrógenos			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	CASODEX	4	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>		4	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	NILANDRON	5	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
YONSA ORAL TABLET 125 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZYTIGA ORAL TABLET 250 MG, 500 MG		5	PA
Antimetabolitos			
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG		3	
DROXIA ORAL CAPSULE 400 MG		2	
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	GEMZAR	5	PA
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	HYDREA	2	CG
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG		5	
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML		5	
TABLOID ORAL TABLET 40 MG		4	
Antineoplásicos, Otros			
<i>fludarabine phosphate intravenous solution reconstituted 50 mg</i>		4	PA
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 350 mg</i>		4	PA
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>		2	CG
<i>mitoxantrone hcl intravenous concentrate 25 mg/12.5ml</i>		2	PA
REVLIMID ORAL CAPSULE 2.5 MG, 20 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
YERVOY INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/10ML		5	PA
ZALTRAP INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
Antineoplásicos			
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG		5	PA
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML		5	PA
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	VIDAZA	5	PA
BELEODAQ INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG		5	PA
BICNU INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG		3	PA
<i>bleomycin sulfate injection solution reconstituted 30 unit</i>		4	PA
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>		5	PA
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml</i>		4	PA
<i>cisplatin intravenous solution 50 mg/50ml</i>		4	PA
<i>cladribine intravenous solution 10 mg/10ml</i>		5	PA
<i>clofarabine intravenous solution 1 mg/ml</i>	CLOLAR	5	PA
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>		4	PA
<i>dacarbazine intravenous solution reconstituted 200 mg</i>		2	PA
<i>dactinomycin intravenous solution reconstituted 0.5 mg</i>	COSMEGEN	5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>daunorubicin hcl intravenous injectable 5 mg/ml</i>		2	PA
<i>dexrazoxane intravenous solution reconstituted 250 mg</i>	ZINECARD	5	PA
<i>docetaxel intravenous concentrate 80 mg/4ml</i>	TAXOTERE	5	PA
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml</i>		5	PA
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	ADRIAMYCIN	4	PA
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	DOXIL	5	PA
ELITEK INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1.5 MG, 7.5 MG		5	PA
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml</i>	ELLECE	4	PA
FASLODEX INTRAMUSCULAR SOLUTION 250 MG/5ML		5	PA
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 100 MG, 40 MG		4	
HALAVEN INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/2ML		5	PA
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 440 MG		5	PA
<i>idarubicin hcl intravenous solution 10 mg/10ml</i>	IDAMYCIN PFS	5	PA
<i>ifosfamide intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	IFEX	4	PA
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml</i>	CAMPTOSAR	4	PA
ISTODAX (OVERFILL) INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG		5	PA
LYNPARZA ORAL CAPSULE 50 MG		5	PA
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA
<i>mesna intravenous solution 100 mg/ml</i>	MESNEX	2	PA
MESNEX ORAL TABLET 400 MG		5	
<i>mitomycin intravenous solution reconstituted 20 mg</i>	MUTAMYCIN	5	PA
MUSTARGEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
MYLOTARG INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 4.5 MG		5	PA
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG		5	PA; QL (3 EA per 28 days)
NIPENT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG		5	PA
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml</i>		4	PA
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>		4	PA
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml</i>		4	PA
PROLEUKIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 22000000 UNIT		5	PA
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
TREANDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 25 MG		5	PA
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 12 MG/6ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG		5	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG, 50 MG		4	PA
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG		5	PA
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG		5	PA
<i>vinblastine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>		2	PA
VINCASAR PFS INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML		2	PA
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	VINCASAR PFS	2	PA
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 50 mg/5ml</i>	NAVELBINE	4	PA
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 44-100 MG		5	PA
YONDELIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		5	PA
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
<i>Conjugado Anticuerpo / Anticuerpo Monoclonal</i>			
BAVENCIO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML		5	PA
CYRAMZA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML		5	PA
DARZALEX INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/5ML		5	PA
EMPLICITI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG, 400 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
IMFINZI INTRAVENOUS SOLUTION 120 MG/2.4ML, 500 MG/10ML		5	PA
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML		5	PA
LARTRUVO INTRAVENOUS SOLUTION 190 MG/19ML, 500 MG/50ML		5	PA
OPDIVO INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 40 MG/4ML		5	PA
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML		5	PA; LA
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML		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>			
ALIQOPA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 60 MG		5	PA
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml</i>	TOPOSAR	2	PA
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG		5	PA; QL (6 EA per 21 days)
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
KISQALI 200 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (21 EA per 28 days)
KISQALI 400 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (42 EA per 28 days)
KISQALI 600 DOSE ORAL TABLET 200 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KISQALI FEMARA 200 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (49 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 400 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (70 EA per 28 days)
KISQALI FEMARA 600 DOSE ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG		5	PA; QL (91 EA per 28 days)
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML		4	PA
<i>topotecan hcl intravenous solution reconstituted 4 mg</i>	HYCAMTIN	5	PA
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
<i>Inhibidores Diana Moleculares</i>			
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG		5	PA
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG		5	LA
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 1 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 1 X 80 & 3 X 20 MG		5	PA; LA
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG		5	PA; LA
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG		5	PA; QL (63 EA per 28 days)
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG		5	PA; LA
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG		5	PA; LA; QL (60 EA per 30 days)
ICLUSIG ORAL TABLET 45 MG		5	PA; QL (30 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 TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG		5	PA; LA
INLYTA ORAL TABLET 1 MG, 5 MG		5	PA; LA
IRESSA ORAL TABLET 250 MG		5	PA
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG		5	PA; LA
KYPROLIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 30 MG, 60 MG		5	PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
LENVIMA 14 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
LENVIMA 18 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 (2) MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
LENVIMA 24 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 (2) & 4 MG		5	PA; QL (90 EA per 30 days)
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 (2) MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG		5	PA; LA
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG		5	PA; QL (180 EA per 30 days)
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG		5	PA; QL (240 EA per 30 days)
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)
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG		5	PA
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG		5	PA; LA
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG		5	PA; QL (30 EA per 30 days)
TARCEVA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 25 MG		5	PA; LA
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TYKERB ORAL TABLET 250 MG		5	PA; LA
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG		5	PA; LA
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG		5	PA; LA
ZYKADIA ORAL CAPSULE 150 MG		5	PA; LA
Modificadores / Antiestrógenos			
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG		4	
FARESTON ORAL TABLET 60 MG		5	
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML		4	PA
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>		1	MT; CG
Retinoides			
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %		4	PA
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %		4	PA
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	TARGRETIN	5	PA
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %		5	PA
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %		5	PA
<i>tretinoin external cream 0.025 %</i>	AVITA	4	PA
<i>tretinoin external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	RETIN-A	4	PA
<i>tretinoin external gel 0.01 %</i>	RETIN-A	4	PA
<i>tretinoin external gel 0.025 %</i>	AVITA	4	PA
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>		5	
Antiparasíticos			
Antihelmínticos			
ALBENZA ORAL TABLET 200 MG		5	
BILTRICIDE ORAL TABLET 600 MG		3	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	STROMEKTOL	2	
Antiprotozoales			
ALINIA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG/5ML		5	
ALINIA ORAL TABLET 500 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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	4	
<i>benznidazole oral tablet 100 mg, 12.5 mg</i>		3	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>		4	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG		4	QL (24 EA per 30 days)
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	PLAQUENIL	2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>		2	
NEBUPENT INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
PENTAM INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 300 MG		4	PA
<i>primaquine phosphate oral tablet 26.3 mg</i>		3	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	QUALAQUIN	2	
<i>Pediculicidas / Scabicidas</i>			
EURAX EXTERNAL CREAM 10 %		3	
EURAX EXTERNAL LOTION 10 %		3	
<i>lindane external shampoo 1 %</i>		2	
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	OVIDE	4	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	ELIMITE	2	
Antisicóticos			
<i>Primera Generación, Típicos</i>			
<i>chlorpromazine hcl injection solution 50 mg/2ml</i>		4	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>		4	
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>		4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>		4	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>		4	MT
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml</i>	HALDOL DECANOATE	4	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml, 5 mg/ml(1 ml prefilled syringe)</i>	HALDOL	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>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>		4	
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	ORAP	2	CG
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 5 mg/ml</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>		4	PA
<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, 25 mg</i>	CLOZARIL	2	CG
<i>clozapine oral tablet 200 mg, 50 mg</i>		2	CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg, 12.5 mg, 25 mg</i>	FAZACLO	2	CG
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	FAZACLO	4	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	FAZACLO	5	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		5	
Segunda Generación, Atípicos			
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 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>		4	
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 5 mg</i>	ABILIFY	4	
<i>aripiprazole oral tablet 20 mg, 30 mg</i>	ABILIFY	5	
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>		5	
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)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG		4	PA
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG		4	PA
GEODON INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 20 MG		4	PA; QL (6 EA per 3 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 117 MG/0.75ML		5	PA; QL (0.75 ML per 28 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 156 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 234 MG/1.5ML		5	PA; QL (1.5 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 39 MG/0.25ML		4	PA; QL (0.25 ML per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 78 MG/0.5ML		5	PA; QL (0.5 ML per 28 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 273 MG/0.875ML		5	PA; QL (0.875 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 410 MG/1.315ML		5	PA; QL (1.315 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 546 MG/1.75ML		5	PA; QL (1.75 ML per 90 days)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 819 MG/2.625ML		5	PA; QL (2.625 ML per 90 days)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG		4	PA
NUPLAZID ORAL TABLET 17 MG		5	PA; QL (60 EA per 30 days)
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	ZYPREXA	4	
<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	4	MT
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg</i>	INVEGA	5	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (30 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL XR	2	PA; MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg, 400 mg</i>	SEROQUEL	1	MT; CG
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	SEROQUEL	1	PA; 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)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 12.5 MG, 25 MG		4	PA; QL (2 EA per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 37.5 MG, 50 MG		5	PA; QL (2 EA per 28 days)
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	RISPERDAL	2	CG
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	RISPERDAL	2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 3 mg, 4 mg</i>		2	MT; CG
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	RISPERIDONE M-TAB	2	MT; CG
SAPHRIS SUBLINGUAL TABLET SUBLINGUAL 10 MG, 2.5 MG, 5 MG		4	PA
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
Antivirales			
Agentes Anti-Citomegalovirus (Cmv)			
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	CYTOVENE	4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
PREVYMIS INTRAVENOUS SOLUTION 240 MG/12ML, 480 MG/24ML		5	PA
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	5	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	VALCYTE	5	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %		4	
Agentes Anti-Hepatitis B (Hbv)			
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	HEPSERA	5	PA
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML		5	PA
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	BARACLUDE	5	PA
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML		4	
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT		5	PA
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	4	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	CG
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG	REBETOL	4	PA
RIBASPHERE ORAL TABLET 200 MG	MODERIBA	2	PA
RIBASPHERE ORAL TABLET 400 MG, 600 MG		5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	REBETOL	2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	MODERIBA	2	PA
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	VIREAD	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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), Acción Directa			
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
EPCLUSA ORAL TABLET 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)
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG		5	PA; QL (84 EA per 365 days)
Agentes Anti-Hepatitis C (Hcv), Otros			
DAKLINZA ORAL TABLET 30 MG, 60 MG, 90 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
HARVONI ORAL TABLET 90-400 MG		5	PA; QL (168 EA per 365 days)
INTRON A INJECTION SOLUTION 6000000 UNIT/ML		5	PA
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT		5	PA
MODERIBA ORAL TABLET 200 MG		2	PA
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML		5	PA
REBETOL ORAL SOLUTION 40 MG/ML		5	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RIBASPHERE ORAL CAPSULE 200 MG		4	PA
RIBASPHERE ORAL TABLET 200 MG		2	PA
RIBASPHERE ORAL TABLET 400 MG, 600 MG		5	PA
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	REBETOL	2	PA
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	MODERIBA	2	PA
SOVALDI ORAL TABLET 400 MG		5	PA; QL (28 EA per 28 days)
SYLATRON SUBCUTANEOUS KIT 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG		5	PA
Agentes Anti-Herpéticos			
<i>acyclovir external ointment 5 %</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	ZOVIRAX	2	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>		2	PA
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 500 mg</i>		4	QL (21 EA per 30 days)
<i>famciclovir oral tablet 250 mg</i>		4	QL (60 EA per 30 days)
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	VIROPTIC	2	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	VALTREX	2	QL (30 EA per 30 days)
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Integrasa (Insti)			
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG		5	
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG		5	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG		5	
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG		5	
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG		3	
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG		5	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG		3	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores De Proteasa			
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG		5	
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	REYATAZ	4	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG		4	
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG		5	
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	LEXIVA	2	
INVIRASE ORAL CAPSULE 200 MG		5	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG		5	
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG		4	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG		5	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	KALETRA	5	
NORVIR ORAL CAPSULE 100 MG		3	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG		3	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML		3	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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	
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG		5	
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	NORVIR	2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG		5	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores No-Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa (Nnrti)			
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG		5	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG		5	
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	SUSTIVA	4	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	SUSTIVA	4	
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		5	
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG		4	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	VIRAMUNE XR	2	CG
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	VIRAMUNE XR	4	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	VIRAMUNE	2	CG
RESCRIPTOR ORAL TABLET 100 MG, 200 MG		4	
VIRAMUNE ORAL SUSPENSION 50 MG/5ML		3	
Agentes Anti-Hiv, Inhibidores Nucleósidos De La Transcriptasa Reversa (Nnrti)			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	ZIAGEN	2	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	ZIAGEN	4	
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	EPZICOM	5	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	TRIZIVIR	5	
ATRIPLA ORAL TABLET 600-200-300 MG		5	
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG		5	
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG		5	
<i>didanosine oral capsule delayed release 200 mg, 250 mg, 400 mg</i>	VIDEX EC	4	
EMTRIVA ORAL CAPSULE 200 MG		3	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML		3	
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG		5	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	EPIVIR HBV	4	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	EPIVIR	2	CG
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	COMBIVIR	4	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG		5	
RETROVIR INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/ML		4	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	ZERIT	4	
SYMFI LO ORAL TABLET 400-300-300 MG		5	
SYMFI ORAL TABLET 600-300-300 MG		5	
TRUVADA ORAL TABLET 100-150 MG, 133-200 MG, 167-250 MG, 200-300 MG		5	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
VIDEX EC ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 125 MG		4	
VIDEX ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 4 GM		4	
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM		5	
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG		5	
ZERIT ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG/ML		5	
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	RETROVIR	2	CG
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	RETROVIR	2	CG
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>		2	CG
Agentes Anti-Hiv, Otros			
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG		5	
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML		4	
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG		5	
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG		4	
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG		5	
TYBOST ORAL TABLET 150 MG		3	
Agentes Anti-Influenza			
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>		2	CG
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>		2	MT; CG
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>		2	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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER		3	QL (120 EA per 365 days)
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	FLUMADINE	2	
TAMIFLU ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 6 MG/ML		3	QL (1080 ML per 365 days)
Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento			
<i>Desórden Genético O Enzimático: Reemplazo, Modificadores, Tratamiento</i>			
ADAGEN INTRAMUSCULAR SOLUTION 250 UNIT/ML		5	PA; LA
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML		5	PA; LA
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG		5	
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT		5	PA; LA
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000 UNIT, 6000 UNIT		3	MT
CYSTADANE ORAL POWDER		5	LA
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG		3	LA
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG		5	PA; LA
KANUMA INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/10ML		5	PA
KUVAN ORAL PACKET 100 MG, 500 MG		5	PA
KUVAN ORAL TABLET SOLUBLE 100 MG		5	PA; LA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	ZAVESCA	5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML		5	PA; LA
ORFADIN ORAL CAPSULE 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG		5	PA; LA
ORFADIN ORAL SUSPENSION 4 MG/ML		5	PA; LA
RAVICTI ORAL LIQUID 1.1 GM/ML		5	PA
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	BUPHENYL	5	PA
SUCRAID ORAL SOLUTION 8500 UNIT/ML		5	LA
VPRIV INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT		5	PA
XURIDEN ORAL PACKET 2 GM		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
ZAVESCA ORAL CAPSULE 100 MG		5	PA; LA; QL (90 EA per 30 days)
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 3000-14000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT		4	MT
Electrólitos / Minerales/ Vitaminas			
<i>Electrólitos / Minerales/ Vitaminas</i>			
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN II INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN II/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 8.5 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
AMINOSYN-HBC INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (2.75/5) INTRAVENOUS SOLUTION 2.75 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/20) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %		4	PA
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/25) 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
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %		4	PA
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>		2	
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>		2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.33 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>		2	
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %		2	PA
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 30 %		4	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%- %, 20-5-0.33 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	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>		2	
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	CARNITOR	4	PA; MT
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	CARNITOR	4	MT
NEPHRAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 5.4 %		4	PA
NORMOSOL-M IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
NORMOSOL-R IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>nutrilipid intravenous emulsion 20 %</i>		4	PA
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%, 40-5 meq/l-%</i>		2	
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 6 %		2	PA
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	MVIT	2	MT
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %		4	PA
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %		4	PA
<i>ringers intravenous solution</i>		2	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	ARGYLE STERILE WATER	2	CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION		2	PA
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %		4	PA
Electrólitos / Modificadores De Minerales			
AMINOSYN/ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION 7 %		4	PA
AMINOSYN-RF INTRAVENOUS SOLUTION 5.2 %		4	PA
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG		4	
DEPEN TITRATABS ORAL TABLET 250 MG		5	
EXJADE ORAL TABLET SOLUBLE 125 MG, 250 MG, 500 MG		5	PA; LA
FERRIPROX ORAL SOLUTION 100 MG/ML		5	PA
FERRIPROX ORAL TABLET 500 MG		5	PA
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %		4	PA
KIONEX ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ		2	MT; CG
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>		2	CG
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML		2	CG
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	SYPRINE	5	
Electrólitos / Reemplazo De Minerales			
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG		5	PA; LA
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION		4	
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ		2	MT; CG

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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
KLOR-CON SPRINKLE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 10 MEQ, 8 MEQ		2	MT
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %</i>		2	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION		4	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION		4	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq</i>	KLOR-CON M10	2	MT; CG
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 20 meq</i>	KLOR-CON M20	2	MT; CG
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	KLOR-CON SPRINKLE	2	MT
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	K-TAB	2	MT; CG
<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 solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>		2	MT
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>		2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<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/180ML		4	
Vitaminas			
<i>klor-con 10 oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m10 oral tablet extended release 10 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m15 oral tablet extended release 15 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con m20 oral tablet extended release 20 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con oral tablet extended release 8 meq</i>		2	MT; CG
<i>klor-con sprinkle oral capsule extended release 10 meq , 8 meq</i>		2	MT
Productos Sanguíneos / Modificadores / Expansores De Volumen			
Agentes Modificadores De Plaquetas			
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	AGGRENOX	2	MT
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG		3	PA; MT
<i>cilostazol oral tablet 100 mg , 50 mg</i>		1	MT; CG
<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
ZONTIVITY ORAL TABLET 2.08 MG		4	
Anticoagulantes			

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
COUMADIN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG		3	MT
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	MT
ELIQUIS STARTER PACK ORAL TABLET 5 MG		3	MT
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	LOVENOX	4	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml</i>	LOVENOX	4	QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 120 mg/0.8ml, 80 mg/0.8ml</i>	LOVENOX	4	QL (24 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 150 mg/ml</i>	LOVENOX	4	MT; QL (30 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 30 mg/0.3ml</i>	LOVENOX	4	QL (9 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 40 mg/0.4ml</i>	LOVENOX	4	QL (12 ML per 30 days)
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 60 mg/0.6ml</i>	LOVENOX	4	QL (18 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (24 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	ARIXTRA	4	PA; QL (15 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 5 mg/0.4ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (12 ML per 30 days)
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 7.5 mg/0.6ml</i>	ARIXTRA	5	PA; QL (18 ML per 30 days)
<i>heparin (porcine) in d5w intravenous solution 40-5 unit/ml-%, 50-5 unit/ml-%</i>		2	PA
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml</i>		2	PA
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>		2	PA

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre 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	PA; 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 TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG		3	MT
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG		3	
Hemostasis Agents			
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	CYKLOKAPRON	2	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	LYSTEDA	2	
Modificadores De La Formación De Sangre			
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg</i>	AGRYLIN	2	CG
<i>anagrelide hcl oral capsule 1 mg</i>		2	CG
GRANIX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML		5	PA
LEUKINE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MCG		5	
MOZOBIL SUBCUTANEOUS SOLUTION 24 MG/1.2ML		5	PA
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 300 MCG/ML		5	PA; QL (16 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION 480 MCG/1.6ML		5	PA; QL (25.6 ML per 30 days)
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML		5	PA; QL (5 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
NEUPOGEN INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 480 MCG/0.8ML		5	PA; QL (8 ML per 30 days)
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML		3	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML		5	PA
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)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
<i>Agentes Antidiabéticos</i>			
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	PRECOSE	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML		3	MT; QL (3.4 ML per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN- INJECTOR 2 MG		3	MT; QL (4 EA per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED ER 2 MG		3	MT; QL (4 EA 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 tablet 625 mg</i>	WELCHOL	2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (60 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>	GLUCOTROL	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKAMET ORAL TABLET 50-500 MG		3	ST; MT; QL (120 EA per 30 days)
INVOKAMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG, 150-500 MG, 50-1000 MG, 50-500 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 100 MG		3	ST; MT; QL (90 EA per 30 days)
INVOKANA ORAL TABLET 300 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
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	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	GLUCOPHAGE XR	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg, 850 mg</i>	GLUCOPHAGE	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>migliitol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	GLYSET	2	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	STARLIX	1	MT; CG; QL (90 EA per 30 days)
ONGLYZA ORAL TABLET 2.5 MG, 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	ACTOS	1	MT; CG; QL (30 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 1 mg</i>	PRANDIN	1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	PRANDIN	1	MT; CG; QL (240 EA per 30 days)
SYMLINPEN 120 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2700 MCG/2.7ML		5	PA; QL (10.8 ML per 30 days)
SYMLINPEN 60 SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 1500 MCG/1.5ML		3	PA; MT; QL (6 ML per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; 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	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 250 mg</i>		1	MT; CG; QL (120 EA per 30 days)
<i>tolazamide oral tablet 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (60 EA per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
<i>tolbutamide oral tablet 500 mg</i>		1	MT; CG; QL (180 EA per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML		3	MT; QL (9 ML per 30 days)
WELCHOL ORAL PACKET 3.75 GM		3	MT
WELCHOL ORAL TABLET 625 MG	WECHOL	3	MT
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG, 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; QL (30 EA per 30 days)
Agentes Glicémicos			
GLUCAGEN HYPOKIT INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 MG		3	
GLUCAGON EMERGENCY INJECTION KIT 1 MG		3	
KORLYM ORAL TABLET 300 MG		5	PA; QL (120 EA per 30 days)
PROGLYCEM ORAL SUSPENSION 50 MG/ML		4	
Insulinas			
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML		3	MT; QL (100 EA per 30 days)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML		3	MT
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	BAND-AID GAUZE SMALL	3	MT
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM		3	MT; QL (100 EA per 30 days)
HUMALOG KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
HUMALOG MIX 75/25 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (75- 25) 100 UNIT/ML		3	MT; QL (30 ML per 30 days)
HUMALOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
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)
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; QL (100 EA per 30 days)
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML		3	MT
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)
Reguladores De Glucosa En Sangre			
<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)
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)
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)

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Nombre Medicamento	Referencia de Marca	Nivel	Requisitos/Límites
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG		3	ST; MT; QL (60 EA per 30 days)
KOMBIGLYZE XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG, 5-500 MG		3	ST; MT; 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-metformin hcl oral tablet 1-500 mg, 2-500 mg</i>		1	MT; CG; QL (150 EA per 30 days)
Relajantes Musculo Esqueletales			
<i>Relajantes Musculo Esqueletales</i>			
<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>tizanidine hcl oral capsule 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	ZANAFLEX	2	

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

Non-Frf			
Non-Frf			
<i>acetazol hc otic solution 2-1 %</i>	ACETASOL HC	2	
<i>ampicillin oral capsule 250 mg</i>		1	
<i>ampicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>		4	
<i>budesonide nasal suspension 32 mcg/act</i>	RHINOCORT ALLERGY	2	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 1.5 gm</i>		2	PA
<i>ciprofloxacin intravenous solution 400 mg/40ml</i>		2	
<i>claravis oral capsule 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>		4	
<i>diazepam oral solution 1 mg/ml</i>		2	PA
<i>diazepam rectal gel 10 mg</i>	DIASTAT ACUDIAL	2	
<i>diazepam rectal gel 2.5 mg</i>	DIASTAT PEDIATRIC	2	
<i>estropipate oral tablet 1.5 mg</i>		1	PA
<i>gavilyte-h oral kit 5-210 mg-gm</i>		2	
<i>gengraf oral capsule 50 mg</i>		2	PA; MT
<i>gildagia oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	BALZIVA	4	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 5 MG		4	
ILARIS SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG		5	PA
<i>ketoprofen oral capsule 50 mg</i>		2	
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG		5	PA
<i>lokara external lotion 0.05 %</i>	DESOWEN	2	
<i>menomune subcutaneous injectable</i>		3	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml</i>		2	PA
<i>methotrexate sodium injection solution 50 mg/2ml</i>		2	PA
<i>necon 10/11 (28) oral tablet 35 mcg</i>		4	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	VIRAMUNE	2	na 7.
CG- Le proveemos cubierta adicional por este medicamento en su brec			favor, refiérase a su

Evidencia de Cubierta para más información acerca de esta cubierta.

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution prefilled syringe 6 mg/0.5ml</i>		2	QL (6 ML per 28 days)
<i>triamterene-hctz oral capsule 50-25 mg</i>		1	MT
TRISENOX INTRAVENOUS SOLUTION 10 MG/10ML		5	PA
VYXEOS INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100-44 MG		5	PA
<i>zazole vaginal cream 0.8 %</i>		2	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000 UNIT, 15000-51000 UNIT, 20000-68000 UNIT, 25000 UNIT, 40000-136000 UNIT, 5000 UNIT		4	MT
ZINBRYTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML		5	PA; QL (1 ML per 28 days)
<i>zovia 1/50e (28) oral tablet 1-50 mg-mcg</i>		2	MT

Vea información sobre qué significan las abreviaturas y símbolos en esta tabla, en la página 7.

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

LA- Este medicamento puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para más información vea su Directorio de Farmacias o llame al Departamento de Servicios al Afiliado a 1-888-767-7717, lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00p.m. Usuarios de TTY deben llamar a 1-877-672-4242.

INDICE

A		
abacavir sulfate.....	131	
abacavir sulfate-lamivudine .	131	
abacavir-lamivudine-zidovudine	131	
ABELCET.....	107	
ABILIFY MANTENA 101, 123		
acamprosate calcium	17	
acarbose.....	142	
acebutolol hcl	24	
acetaminophen-codeine....	83, 84	
acetaminophen-codeine #3....	83	
acetazol hc	149	
acetazolamide	35, 61	
acetazolamide er.....	35	
acetic acid.....	88	
acetylcysteine	74	
acitretin.....	39	
ACTHIB.....	14	
ACTIMMUNE	11	
acyclovir.....	128	
acyclovir sodium	128	
ADACEL.....	14	
ADAGEN	133	
adapalene.....	39	
ADCIRCA.....	76	
adefovir dipivoxil.....	126	
ADEMPAS.....	76	
ADVAIR DISKUS.....	75, 77, 79	
ADVAIR HFA	75, 77, 79	
AFEDITAB CR.....	25	
AFINITOR	11, 117	
AFINITOR DISPERZ.....	11	
ala-cort.....	47	
ALBENZA	120	
albuterol sulfate.....	79	
albuterol sulfate er.....	79	
alclometasone dipropionate....	47	
ALDURAZYME.....	133	
ALECENSA	117	
alendronate sodium	72	
alfuzosin hcl er	46	
ALIMTA	112	
ALINIA	120	
ALIQOPA	116	
allopurinol	19	
alosetron hcl	42	
ALPHAGAN P.....	61	
alprazolam	86	
ALREX.....	62	
altavera	51	
ALUNBRIG	117	
amantadine hcl.....	68, 132	
AMBISOME	107	
amikacin sulfate.....	87	
amiloride hcl.....	34	
amiloride-hydrochlorothiazide	28	
aminophylline.....	80	
AMINOSYN II.....	134	
AMINOSYN II/ELECTROLYTES.....	134	
AMINOSYN/ELECTROLYTE S.....	134, 137	
AMINOSYN-HBC.....	135	
AMINOSYN-PF.....	135	
AMINOSYN-RF.....	137	
amiodarone hcl	31	
AMITIZA	42	
amitriptyline hcl	105	
amlodipine besy-benazepril hcl	28	
amlodipine besylate.....	25	
amlodipine besylate-valsartan	28	
amlodipine-olmesartan	28	
amlodipine-valsartan-hctz	28	
ammonium lactate	39	
amnesteem	40	
amoxapine	105	
amoxicillin.....	92	
amoxicillin-pot clavulanate	92	
amoxicillin-pot clavulanate er	92	
amphetamine-dextroamphet er	37	
amphetamine- dextroamphetamine	37, 38	
amphotericin b.....	107	
ampicillin.....	92, 149	
ampicillin sodium.....	92, 93	
ampicillin-sulbactam sodium .	93	
AMPYRA.....	39	
ANADROL-50	56	
anagrelide hcl	141	
anastrozole.....	116	
ANDRODERM	56	
ANORO ELLIPTA.....	74	
APOKYN	69	
aprepitant	106	
APRI.....	51	
APRISO.....	70	
APTIOM.....	98	
APTIVUS	129	
ARANELLE.....	51	
ARCALYST.....	11	
aripiprazole.....	101, 102, 123	
ARISTADA.....	123	
armodafinil	65, 66	
ARNUITY ELLIPTA.....	77	
aspirin-dipyridamole er	139	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR	145	
atazanavir sulfate	129	
atenolol	24	
atenolol-chlorthalidone.....	28	
atomoxetine hcl	38	
atorvastatin calcium.....	32	
atovaquone.....	121	
atovaquone-proguanil hcl	121	
ATRIPLA	131	
atropine sulfate	63	
ATROVENT HFA.....	78	
AUBAGIO.....	39	
AUBRA	51	
AVASTIN.....	112	
AVIANE.....	51	
AVITA.....	40, 120	
azacitidine.....	112	
AZASITE	94	
azathioprine	11	
azathioprine sodium.....	11	
azelastine hcl	61, 76	
azithromycin	94	
AZOPT	61	
aztreonam	91	
B		
bacitracin	88	
bacitracin-polymyxin b.....	64	
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	64	
baclofen	66	
balsalazide disodium	70	
BALZIVA.....	51	

BANZEL	98	buprenorphine hcl-naloxone hcl	17	cefixime	90
BARACLUDE	126	bupropion hcl.....	102	cefotaxime sodium.....	90
BAVENCIO	115	bupropion hcl er (smoking det)	17	cefoxitin sodium	90
bcg vaccine.....	14	bupropion hcl er (sr).....	102	cefpodoxime proxetil.....	90, 91
BELEODAQ	112	bupropion hcl er (xl).....	102	cefprozil	91
benazepril hcl	35	buspirone hcl	86	ceftazidime	91
benazepril-hydrochlorothiazide	28	busulfan	110	ceftriaxone sodium	91
BENLYSTA.....	11	butorphanol tartrate	81	cefuroxime axetil.....	91
benznidazole.....	121	BYDUREON.....	142	cefuroxime sodium.....	91, 149
benzoyl peroxide-erythromycin	40	BYDUREON BCISE	142	celecoxib.....	19, 84
benztropine mesylate.....	70	BYETTA 10 MCG PEN.....	142	CELONTIN	99
BEPREVE	61	BYETTA 5 MCG PEN.....	142	cephalexin.....	91
betamethasone dipropionate .. 20,	40, 47	C		CERDELGA.....	133
betamethasone dipropionate aug	20, 47	cabergoline	59	CEREZYME.....	133
betamethasone valerate	20, 48	CABOMETYX.....	117	cetirizine hcl	76
BETASERON	39	calcipotriene	40	CETRAXAL.....	95
betaxolol hcl	24, 61	calcitonin (salmon).....	72	cevimeline hcl.....	65
bethanechol chloride	45	calcitriol.....	73	CHANTIX	17
BETOPTIC-S	61	calcium acetate (phos binder).47		CHANTIX CONTINUING	
bexarotene	120	CALQUENCE.....	117	MONTH PAK	17
BEXSERO.....	14	CAMILA	57	CHANTIX STARTING	
bicalutamide	111	CANASA.....	70	MONTH PAK	17
BICILLIN L-A	93	candesartan cilexetil	30	CHEMET.....	137
BICNU	112	candesartan cilexetil-hctz	28	chlorhexidine gluconate.....	65
BIKTARVY	128	CAPASTAT SULFATE.....	109	chloroquine phosphate.....	121
BILTRICIDE.....	120	CAPRELSA.....	118	chlorothiazide	35
bimatoprost.....	61, 64	captopril.....	35	chlorpromazine hcl	105, 121
bisoprolol fumarate	24	captopril-hydrochlorothiazide	29	chlorthalidone	35
bisoprolol-hydrochlorothiazide	28	CARBAGLU	137	CHOLBAM	41
BIVIGAM	10	carbamazepine	23, 98	cholestyramine light	33
bleomycin sulfate	112	carbamazepine er	23, 98	ciclopirox.....	107, 108
BLEPHAMIDE S.O.P.....	20, 64	carbidopa-levodopa	70	ciclopirox olamine	108
BOOSTRIX.....	14	carbidopa-levodopa er	70	cilostazol.....	139
bortezomib.....	112	carbidopa-levodopa-entacapone	69	CILOXAN	95
BOSULIF	117	carboplatin	112	CIMDUO	131
BOTOX	66, 68	carteolol hcl	62	cimetidine	43
BREO ELLIPTA	79	CARTIA XT.....	25, 26	cimetidine hcl	43
brielllyn	51	carvedilol	24	CINRYZE.....	10
BRILINTA	139	carvedilol phosphate er.....	24	CIPRODEX	65
brimonidine tartrate	62	caspofungin acetate	107	ciprofloxacin.....	95, 149
BRIVIACT	100	CAYSTON	74, 91	ciprofloxacin hcl	95
bromocriptine mesylate	59, 69	cefaclor	90	ciprofloxacin in d5w.....	95
budesonide....	42, 51, 71, 77, 149	cefaclor er	90	cisplatin.....	112
bumetanide	34	cefadroxil.....	90	citalopram hydrobromide	103
buprenorphine hcl.....	17	cefazolin sodium.....	90	cladribine	112
		cefdinir.....	90	claravis.....	149
		cefepime hcl	90	CLARAVIS	40
				clarithromycin.....	94
				clarithromycin er	94
				clindamycin hcl	88

clindamycin palmitate hcl	88	COTELLIC.....	118	DEXAMETHASONE
clindamycin phosphate.....	88	COUMADIN	140	INTENSOL.....
clindamycin phosphate in d5w		CREON	133	dexamethasone sodium
.....	88	CRIXIVAN	129	phosphate.....
CLINIMIX/DEXTROSE		cromolyn sodium.....	61, 80	DEXILANT
(2.75/5).....	135	CRYSSELLE-28	51	dexrazoxane.....
CLINIMIX/DEXTROSE		cvs gauze sterile.....	145	dextroamphetamine sulfate....
(4.25/10).....	135	CYCLAFEM 1/35	51	dextrose.....
CLINIMIX/DEXTROSE		CYCLAFEM 7/7/7	51	dextrose in lactated ringers...
(4.25/20).....	135	cyclobenzaprine hcl.....	148	dextrose-nacl.....
CLINIMIX/DEXTROSE		cyclophosphamide	110	DIASTAT ACUDIAL.....
(4.25/25).....	135	cyclosporine.....	11, 12	DIASTAT PEDIATRIC
CLINIMIX/DEXTROSE		cyclosporine modified.....	11	diazepam.....
(4.25/5).....	135	cyproheptadine hcl	76	DIAZEPAM INTENSOL.....
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)		CYRAMZA	115	diclofenac potassium
.....	135	CYSTADANE.....	133	diclofenac sodium.19, 40, 62, 84
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)		CYSTAGON	133	diclofenac sodium er.....
.....	135	CYSTARAN	63	dicloxacillin sodium
CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)		cytarabine	112	dicyclomine hcl
.....	135	D		didanosine.....
clofarabine.....	112	dacarbazine.....	112	DIFICID
clomipramine hcl.....	105	dactinomycin	112	diflunisal
clonazepam.....	97	DAKLINZA	127	DIGITEK.....
clonidine hcl.....	30	DALIRESP.....	80	digox.....
clopidogrel bisulfate.....	139	danazol.....	56	digoxin.....
clorazepate dipotassium	97	dantrolene sodium	66	dihydroergotamine mesylate ..
clotrimazole.....	108	dapsone.....	109	DILANTIN.....
clotrimazole-betamethasone... 40		DAPTACEL	14	DILANTIN INFATABS
clozapine.....	122, 123	daptomycin	88	diltiazem hcl
COARTEM	121	DARZALEX	115	diltiazem hcl er
colchicine	19	daunorubicin hcl.....	113	diltiazem hcl er beads
colchicine-probenecid	19	DEBLITANE.....	51	diltiazem hcl er coated beads..
colesevelam hcl	142	DELYLA	51	dilt-xr
colestipol hcl	33	DELZICOL	42, 70	DIPENTUM
colistimethate sodium (cba) ... 90		DEMSEK.....	29	diphenhydramine hcl 70, 76, 106
COLOCORT	71	DEPEN TITRATABS	12, 45,	diphenoxylate-atropine
COMBIGAN	62	137		diphtheria-tetanus toxoids dt ..
COMBIVENT RESPIMAT ... 75		DEPO-PROVERA.....	57	disulfiram.....
COMETRIQ (100 MG DAILY		DESCOVY	131	divalproex sodium
DOSE).....	118	desipramine hcl.....	105	divalproex sodium er ..
COMETRIQ (140 MG DAILY		desloratadine.....	76	docetaxel.....
DOSE).....	118	desmopressin ace spray refrig	58	dofetilide.....
COMETRIQ (60 MG DAILY		desmopressin acetate	58	donepezil hcl.....
DOSE).....	118	desogestrel-ethinyl estradiol... 52		dorzolamide hcl
COMFORT ASSIST INSULIN		desonide.....	48	dorzolamide hcl-timolol mal ..
SYRINGE.....	145	desoximetasone	48	doxazosin mesylate.....
COMPLERA	130	desvenlafaxine er.....	103	doxepin hcl
constulose.....	44	desvenlafaxine succinate er ..	103	doxorubicin hcl.....
CORLANOR.....	27	dexamethasone	21, 48, 71	doxorubicin hcl liposomal
cortisone acetate	21, 48, 71			DOXY 100.....

doxycycline hyclate.....	40, 65, 96	ERYTHROCIN		FERRIPROX	137
doxycycline monohydrate	40, 65,	LACTOBIONATE	94	FETZIMA.....	103
96		ERYTHROCIN STEARATE.	94	FETZIMA TITRATION	104
dronabinol.....	106, 107	erythromycin	95	finasteride	46
drospirenone-ethinyl estradiol	52	erythromycin base	94	FIRAZYR.....	10
DROXIA	111	erythromycin ethylsuccinate...	95	flecainide acetate	31
duloxetine hcl	103	ESBRIET.....	75	FLOVENT DISKUS	77
duramorph	82	escitalopram oxalate.....	86, 103	FLOVENT HFA.....	77, 78
DUREZOL	62	esomeprazole magnesium.....	44	fluconazole	108
dutasteride	46	esomeprazole sodium	44	fluconazole in sodium chloride	
dutasteride-tamsulosin hcl.....	46	estazolam	37	.....	108
E		estradiol	56	flucytosine	108
E.E.S. 400.....	94	estradiol valerate.....	52, 56	fludarabine phosphate.....	111
econazole nitrate.....	108	estropipate	56, 149	fludrocortisone acetate.....	48
EDURANT.....	130	ethambutol hcl	110	flunisolide	78
efavirenz	130	ethosuximide	99	fluocinolone acetoneide.....	48
eletriptan hydrobromide	67	ethynodiol diac-eth estradiol ..	52	fluocinolone acetoneide scalp ..	49
ELIQUIS	140	etidronate disodium	73	fluocinonide.....	40, 49
ELIQUIS STARTER PACK	140	etodolac	19, 85	fluocinonide emulsified base..	49
ELITEK.....	113	etodolac er	19, 85	fluorometholone	63
ELMIRON.....	45	etoposide.....	116	fluorouracil	40
EMCYT	120	EURAX	121	fluoxetine hcl	104
EMEND.....	107	EVOTAZ.....	129	fluphenazine decanoate	121
EMOQUETTE	52	EXEL COMFORT POINT PEN		fluphenazine hcl.....	121, 122
EMPLICITI	115	NEEDLE	145	flurbiprofen.....	19, 85
EMSAM	103	exemestane	116	flurbiprofen sodium.....	63
EMTRIVA.....	131	EXJADE.....	137	flutamide.....	111
enalapril maleate	35	ezetimibe	33	fluticasone propionate 40, 49, 78	
enalapril-hydrochlorothiazide	29	ezetimibe-simvastatin.....	29	fluticasone-salmeterol.....	79, 80
ENDOCET	84	F		fluvastatin sodium	32, 33
ENGERIX-B	14	FABRAZYME	133	fluvoxamine maleate	104
enoxaparin sodium	140	FALMINA.....	52	fluvoxamine maleate er	104
ENPRESSE-28.....	52	famciclovir.....	128	FML.....	63
enskyce	52	famotidine.....	43	fondaparinux sodium.....	140
entacapone.....	68	famotidine premixed.....	43	FORTEO.....	73
entecavir	126	FANAPT	123	fosamprenavir calcium	129
ENTRESTO	31	FANAPT TITRATION PACK		fosinopril sodium.....	35
enulose.....	44	.....	123	fosinopril sodium-hctz.....	29
EPCLUSA	127	FARESTON	120	FREAMINE HBC	137
epinephrine	79	FARXIGA	143	furosemide	34
epirubicin hcl.....	113	FARYDAK.....	116	FUZEON	132
EPITOL	23, 98	FASLODEX	113	FYAVOLV	52
EPIVIR HBV.....	126	felbamate	99, 100	FYCOMPA.....	100
eplerenone	34	felodipine er.....	26	G	
ERIVEDGE.....	118	fenofibrate	32	gabapentin.....	97
ERLEADA	111	fenofibrate micronized	32	galantamine hydrobromide.....	18
ERRIN.....	57	fenofibric acid.....	32	galantamine hydrobromide er.	18
ery.....	94	fentanyl.....	81, 82	GAMASTAN S/D	10
ERY-TAB.....	94	fentanyl citrate.....	81, 82	GAMMAGARD	10
		FENTORA.....	81, 82		

GAMMAGARD S/D LESS IGA	10	halobetasol propionate.....	49	hydroxychloroquine sulfate ..	121
GAMMAPLEX	10	haloperidol.....	122	hydroxyurea	111
GAMUNEX-C	10	haloperidol decanoate.....	122	hydroxyzine hcl	86
ganciclovir sodium	125	haloperidol lactate	122	I	
GARDASIL 9.....	15	HARVONI.....	127	ibandronate sodium	73
gatifloxacin.....	95	HAVRIX	15	IBRANCE.....	116
GATTEX.....	42	heparin (porcine) in d5w	140	ibu	19
GAVILYTE-C.....	44	heparin sod (porcine) in d5w	140	ibuprofen.....	19, 85
GAVILYTE-G	44	heparin sodium (porcine).....	140	ICLUSIG	118
gavilyte-h.....	149	HEPATAMINE	135	idarubicin hcl	113
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		HERCEPTIN	113	IDHIFA.....	116
PACK	44	HETLIOZ	66	ifosfamide	113
gemcitabine hcl	111	HEXALEN	110	ILARIS	11, 149
gemfibrozil	32	HIBERIX.....	15	ILEVRO	63
generlac	44	HUMALOG.....	146	imatinib mesylate.....	118
gengraf.....	149	HUMALOG KWIKPEN	145	IMBRUVICA	118
GENGRAF	12	HUMALOG MIX 50/50.....	146	IMFINZI.....	116
GENTAK	87	HUMALOG MIX 50/50		imipenem-cilastatin	92
gentamicin in saline.....	87	KWIKPEN.....	146	imipramine hcl.....	105
gentamicin sulfate	87	HUMALOG MIX 75/25.....	146	imipramine pamoate	105
GENVOYA	128	HUMALOG MIX 75/25		imiquimod.....	40
GEODON.....	22, 123	KWIKPEN.....	146	IMOGAM RABIES-HT	10
GIANVI.....	52	HUMIRA.....	12	IMOVAX RABIES	15
gildagia.....	149	HUMIRA PEDIATRIC		INCRELEX	58
GILENYA	39	CROHNS START	12	INCRUSE ELLIPTA.....	74, 78
GILOTRIF.....	118	HUMIRA PEN	12	indapamide	35
glatiramer acetate	39	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFANRIX.....	15
GLATOPA	39	STARTER	12	INLYTA	118
GLEOSTINE.....	113, 149	HUMIRA PEN-PS/UV		INTELENCE	130
glimepiride	143	STARTER	12	INTRALIPID.....	135
glipizide.....	143	HUMULIN 70/30.....	146	INTRON A	126, 127
glipizide er.....	143	HUMULIN 70/30 KWIKPEN		INTROVALE	52
glipizide-metformin hcl.....	147	.....	146	INVANZ.....	92
global alcohol prep ease	88	HUMULIN N	146	INVEGA SUSTENNA. 123, 124	
GLUCAGEN HYPOKIT	145	HUMULIN N KWIKPEN... 146		INVEGA TRINZA	124
GLUCAGON EMERGENCY		HUMULIN R	146	INVIRASE	129
.....	145	HUMULIN R U-500		INVOKAMET.....	143
glycopyrrolate.....	43	(CONCENTRATED)	146	INVOKAMET XR	143
GLYXAMBI	143	HUMULIN R U-500		INVOKANA.....	143
GOLYTELY.....	44	KWIKPEN.....	146	IONOSOL-MB IN D5W	136
granisetron hcl	107	hydralazine hcl	36	IPOL	15
GRANIX	141	hydrochlorothiazide.....	35	ipratropium bromide	78
griseofulvin microsize	108	hydrocodone-acetaminophen..	84	ipratropium-albuterol.....	75
griseofulvin ultramicrosize... 108		hydrocodone-ibuprofen	84	irbesartan	31
guanfacine hcl	30	hydrocortisone	21, 49, 71	irbesartan-hydrochlorothiazide	
guanfacine hcl er	38	hydrocortisone butyrate.....	49	.....	29, 35
guanidine hcl	22	hydrocortisone valerate	49, 50	IRESSA	118
H		hydrocortisone valerate	49, 50	irinotecan hcl	113
HALAVEN.....	113	hydrocortisone-acetic acid.....	65	ISENTRESS	128, 129
		hydromorphone hcl.....	81	ISENTRESS HD	128
		hydromorphone hcl pf	82		

isibloom.....	52	KISQALI FEMARA 400 DOSE	117	LENVIMA 14 MG DAILY	
ISOLYTE-P IN D5W	136	.....	117	DOSE.....	118
ISOLYTE-S.....	137	KISQALI FEMARA 600 DOSE		LENVIMA 18 MG DAILY	
isoniazid	110	.....	117	DOSE.....	119
isosorbide dinitrate	36	klor-con	139	LENVIMA 20 MG DAILY	
isosorbide dinitrate er	36	KLOR-CON	137, 138	DOSE.....	119
isosorbide mononitrate	36	klor-con 10	139	LENVIMA 24 MG DAILY	
isosorbide mononitrate er	36	KLOR-CON 10	137	DOSE.....	119
isotretinoin.....	41	klor-con m10	139	LENVIMA 8 MG DAILY	
isradipine	26	KLOR-CON M10.....	138	DOSE.....	119
ISTODAX (OVERFILL)	113	klor-con m15	139	LESSINA.....	53
itraconazole	108	KLOR-CON M15.....	138	LETAIRIS	76
ivermectin.....	120	klor-con m20	139	letrozole	116
IXIARO.....	15	KLOR-CON M20.....	138	leucovorin calcium	111
J		klor-con sprinkle.....	139	LEUKERAN.....	110
JAKAFI.....	118	KLOR-CON SPRINKLE	138	LEUKINE.....	141
JANTOVEN.....	141	KOMBIGLYZE XR	148	leuprolide acetate.....	59
JANUMET	147	KORLYM.....	145	levalbuterol hcl	80
JANUMET XR.....	147	kurvelo.....	53	levalbuterol tartrate.....	80
JANUVIA.....	143	KUVAN.....	133	LEVEMIR	147
JARDIANCE.....	143	KYNAMRO	33	LEVEMIR FLEXTOUCH....	147
JENTADUETO	147	KYPROLIS	118	levetiracetam.....	101
JENTADUETO XR.....	147	L		levetiracetam er	101
JOLIVETTE.....	57	labetalol hcl	25	levetiracetam in nacl.....	101
JULUCA.....	131	lactated ringers	136	levobunolol hcl	62
JUNEL 1.5/30.....	52	lactulose.....	45	levocarnitine	136
JUNEL 1/20.....	52	lamivudine.....	126, 131	levocetirizine dihydrochloride	77
JUNEL FE 1.5/30.....	52	lamivudine-zidovudine.....	131	levofloxacin	95
JUNEL FE 1/20.....	52	lamotrigine.....	23, 24, 97, 100	levofloxacin in d5w	95
JUXTAPID.....	33	lamotrigine er	23, 100	LEVONEST	53
K		lamotrigine starter kit-blue ...	100	levonorgest-eth estrad 91-day.	53
KADCYLA	114	lamotrigine starter kit-green .	100	levonorgestrel-ethinyl estrad ..	53
KALETRA	129	lamotrigine starter kit-orange	100	LEVORA 0.15/30 (28)	53
KALYDECO.....	74	lansoprazole.....	44	levo-t.....	58
KANUMA.....	133	lanthanum carbonate.....	47	levothyroxine sodium	58
kariva.....	52	LANTUS	147	LEVOXYL	59
kcl in dextrose-nacl	136	LANTUS SOLOSTAR.....	146	LEXIVA	129
KELNOR 1/35.....	53	LARIN 1.5/30.....	53	lidocaine	85
kelnor 1/50.....	53	LARIN 1/20.....	53	lidocaine hcl.....	85, 86
ketoconazole.....	108	LARIN FE 1.5/30	53	lidocaine hcl (pf).....	85
ketoprofen.....	19, 85, 149	LARIN FE 1/20	53	lidocaine viscous	86
ketorolac tromethamine.....	63	LARTRUVO	116	lidocaine-prilocaine	86
KEYTRUDA.....	11, 116, 149	LASTACRAFT	61	lindane	121
KINRIX.....	15	latanoprost	64	linezolid	88
KIONEX.....	137	LATUDA.....	124	LINZESS	42
KISQALI 200 DOSE	116	LEENA.....	53	liothyronine sodium.....	59
KISQALI 400 DOSE	116	leflunomide.....	10, 11	lisinopril.....	35
KISQALI 600 DOSE	116	LENVIMA 10 MG DAILY		lisinopril-hydrochlorothiazide	29
KISQALI FEMARA 200 DOSE		DOSE.....	118	lithium.....	24
.....	117			lithium carbonate	24

lithium carbonate er.....	24	megestrol acetate	57	midodrine hcl.....	30
lokara.....	149	MEKINIST	119	MIGERGOT	68
LONSURF.....	111	meloxicam	19, 85	miglitol	144
loperamide hcl	42	melphalan hcl	110	miglustat	134
lopinavir-ritonavir	129	memantine hcl	18	MINITRAN	36
lorazepam	86	memantine hcl er	18	minocycline hcl	65, 96
LORCET	84	MENACTRA.....	15	minoxidil.....	37
LORCET HD.....	84	MENEST	56	mirtazapine	102
LORCET PLUS.....	84	menomune	149	misoprostol	45, 58
loryna.....	53	MENVEO.....	15	mitomycin.....	114
losartan potassium.....	31	meperidine hcl	81	mitoxantrone hcl.....	39, 111
losartan potassium-hctz	29	mercaptapurine.....	13	M-M-R II.....	15
LOTEMAX	63	meropenem	92	modafinil.....	66
lovastatin	33	mesalamine.....	71	MODERIBA.....	127
LOW-OGESTREL.....	53	mesna.....	114	moexipril hcl.....	35
loxapine succinate	122	MESNEX.....	114	moexipril-hydrochlorothiazide	
LUMIGAN.....	64	<i>METADATE ER</i>	38	.....	29
LUMIZYME	74	metformin hcl	143, 144	mometasone furoate.....	50
LUPANETA PACK.....	59	metformin hcl er	143	MONONESSA	54
LUPRON DEPOT (1-MONTH)		methadone hcl.....	82, 83	montelukast sodium.....	78
.....	59	methazolamide.....	35, 62	morphine sulfate	83
LUPRON DEPOT (3-MONTH)		methenamine hippurate	89	morphine sulfate (concentrate)	
.....	60	methimazole	61	.....	83
LUPRON DEPOT (4-MONTH)		methotrexate	13	morphine sulfate (pf)	81
.....	60	methotrexate sodium	13, 149	morphine sulfate er	83
LUPRON DEPOT (6-MONTH)		methotrexate sodium (pf).....	13, 149	morphine sulfate er beads.....	83
.....	60	methoxsalen rapid.....	41	MOVANTIK	42
LUPRON DEPOT-PED (1-		methyclothiazide	35	MOVIPREP	45
MONTH).....	60	methylphenidate hcl	38, 39	MOXEZA	95
LUPRON DEPOT-PED (3-		methylphenidate hcl er	38	moxifloxacin hcl.....	95
MONTH).....	60	methylprednisolone	21, 50, 71	MOZOBIL.....	141
LUTERA	53	methylprednisolone acetate	21, 50, 71	MULTAQ.....	31
LYNPARZA.....	114	methylprednisolone sodium succ		mupirocin.....	89
LYRICA.....	37, 99	.....	21, 50, 71	mupirocin calcium	89
LYRICA CR.....	99	metipranolol.....	62	MUSTARGEN	114
LYSODREN.....	59	metoclopramide hcl	42, 106	MYCAMINE.....	108
LYZA	57	metolazone.....	35	mycophenolate mofetil	13
M		metoprolol succinate er	25	mycophenolate sodium.....	13
magnesium sulfate.....	138	metoprolol tartrate	25	MYLOTARG	114
malathion.....	121	metoprolol-hydrochlorothiazide		MYORISAN.....	41
maprotiline hcl.....	102	.....	29	MYRBETRIQ.....	46
marlissa.....	53, 56, 57	metronidazole	89	N	
MARPLAN	103	metronidazole in nacl	89	nabumetone.....	20, 85
MATULANE	110	mexiletine hcl	31	nadolol	25
MATZIM LA	26	MIACALCIN	73	nafcillin sodium.....	93
MAVYRET	127	MICROGESTIN 1.5/30.....	53	NAGLAZYME.....	134
MAXIDEX.....	63	MICROGESTIN 1/20.....	53	naloxone hcl.....	17
meclizine hcl	106	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	54	naltrexone hcl	17, 18
medroxyprogesterone acetate.....	57	MICROGESTIN FE 1/20.....	54		
mefloquine hcl.....	121				

NAMENDA XR TITRATION	nitroglycerin	36	OPDIVO	116
PACK	nizatidine	43	OPSUMIT	76
naproxen	NORA-BE	54	ORFADIN	134
naproxen dr.....	NORDITROPIN FLEXPRO ..	58	ORKAMBI	75
naproxen sodium	norethindrone.....	57	ORSYTHIA	54
naratriptan hcl.....	norethindrone acetate	57	oseltamivir phosphate.....	132
NATACYN	NORLYROC	54	OTEZLA.....	13
nateglinide	NORMOSOL-M IN D5W	136	oxacillin sodium	93
NATPARA.....	NORMOSOL-R IN D5W	136	oxaliplatin.....	114
NEBUPENT	NORMOSOL-R PH 7.4	138	oxandrolone	56
NECON 0.5/35 (28)	NORTHERA	30	oxaprozin	20, 85
necon 10/11 (28).....	NORTREL 0.5/35 (28).....	54	oxcarbazepine	98
NECON 7/7/7	NORTREL 1/35 (21).....	54	oxybutynin chloride.....	46
nefazodone hcl.....	NORTREL 1/35 (28).....	54	oxybutynin chloride er.....	46
neomycin sulfate	NORTREL 7/7/7	54	oxycodone hcl.....	82
neomycin-bacitracin zn-	nortriptyline hcl	105	oxycodone-acetaminophen	84
polymyx.....	NORVIR.....	129	P	
neomycin-polymyxin-dexameth	NOXAFIL	109	PACERONE.....	31
.....	NUCALA	75	paclitaxel.....	114
neomycin-polymyxin-	NUDEXTA	37	paliperidone er	124
gramicidin.....	NULOJIX	13	pamidronate disodium	73
neomycin-polymyxin-hc ..	NULYTELY WITH FLAVOR		PANRETIN	120
NEORAL.....	PACKS	45	pantoprazole sodium.....	44
NEPHRAMINE.....	NUPLAZID	124	paricalcitol	73
NERLYNX.....	nutrilipid	136	paromomycin sulfate	87
NEUPOGEN	NUVARING.....	54	paroxetine hcl	86, 104
NEUPRO.....	NYAMYC	109	paroxetine hcl er	86, 104
NEVANAC	nystatin	109	PASER.....	110
nevirapine	nystatin-triamcinolone.....	41	PAXIL	87, 104
nevirapine er.....	NYSTOP	109	PAZEO	61
NEXAVAR	O		PEDIARIX	15
niacin er (antihyperlipidemic)	OCELLA	54	PEDVAX HIB	15
NIACOR.....	octreotide acetate.....	60	peg 3350/electrolytes.....	45
nicardipine hcl	ODEFSEY	131	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl ..	45
NICOTROL.....	ODOMZO	119	peg-3350/electrolytes	45
NICOTROL NS.....	OFEV.....	75, 119	PEGANONE.....	98
nifedipine.....	ofloxacin.....	96	PEGASYS	127
nifedipine er.....	olanzapine.....	22, 124	penicillin g pot in dextrose	93
nifedipine er osmotic release..	olanzapine-fluoxetine hcl	102	penicillin g potassium.....	93
nikki.....	olmesartan medoxomil	31	penicillin g procaine	93
nilutamide.....	olmesartan medoxomil-hctz ..	29,	penicillin g sodium	93
nimodipine.....	31		penicillin v potassium.....	93
NINLARO.....	olmesartan-amlodipine-hctz ...	29	PENTAM.....	121
NIPENT.....	olopatadine hcl	61, 77	pentoxifylline er.....	27
<i>nisoldipine er</i>	omega-3-acid ethyl esters.....	34	PERFOROMIST.....	80
NITRO-BID	omeprazole	44	perindopril erbumine	35
NITRO-DUR.....	ondansetron	107	<i>PERIOGARD</i>	65
nitrofurantoin macrocrystal	ondansetron hcl.....	107	permethrin.....	121
nitrofurantoin monohyd macro	ONFI.....	97	perphenazine.....	106, 122
.....	ONGLYZA.....	144	perphenazine-amitriptyline..	102

PHENADOZ	106	PREMARIN	57	QUASENSE	55
phenelzine sulfate	103	PREMASOL.....	136	quetiapine fumarate 22, 102, 125	
phenobarbital.....	97	PREMPRO	54	quetiapine fumarate er ...22, 102,	
PHENYTEK.....	98	prenatal	136	124, 125	
phenytoin.....	98	PREVALITE	34	quinapril hcl.....	36
phenytoin sodium.....	99	PREVIFEM	55	quinapril-hydrochlorothiazide 29	
phenytoin sodium extended... 98,		PREVYMIS.....	126	quinidine gluconate er	32
99		PREZCOBIX.....	130	quinidine sulfate	32
PHOSPHOLINE IODIDE.....	62	PREZISTA	130	quinine sulfate	121
pilocarpine hcl	62, 65	PRIFTIN.....	109	R	
pimozide.....	122	primaquine phosphate.....	121	RABAVERT.....	15
pimtrex.....	54	primidone.....	97	RADICAVA	37
pindolol.....	25	PRIVIGEN	10	raloxifene hcl	55
pioglitazone hcl	144	probenecid	19	ramipril	36
pioglitazone hcl-glimepiride 148		PROCALAMINE	136	RANEXA	28
pioglitazone hcl-metformin hcl		prochlorperazine.....	106	ranitidine hcl.....	43
.....	148	prochlorperazine edisylate... 106,		RAPAMUNE.....	13
		122		rasagiline mesylate	70
piperacillin sod-tazobactam so93		prochlorperazine maleate 106,		RAVICTI.....	134
PIRMELLA 1/35.....	54	122		REBETOL	126, 127
piroxicam.....	20, 85	PROCRIT	142	RECLIPSEN.....	55
PLASMA-LYTE 148	138	PROCTO-PAK.....	50	RECOMBIVAX HB.....	16
PLASMA-LYTE A	138	PROCTOSOL HC	72	REGRANEX	41
podofilox	41	PROCTOZONE-HC.....	42, 50	RELENZA DISKHALER ...	133
polyethylene glycol 3350	45	progesterone micronized	57	RELI-ON INSULIN SYRINGE	
polymyxin b-trimethoprim	64	PROGLYCEM	145	.....	147
POMALYST	110	PROGRAF.....	13	RELISTOR.....	42
PORTIA-28	54	PROLASTIN-C	74	REMICADE	14
potassium chloride.....	138	PROLEUKIN	114	REMODULIN	76
potassium chloride crys er... 138		PROLIA.....	73	repaglinide	144
potassium chloride er	138	PROMACTA.....	142	repaglinide-metformin hcl	148
potassium chloride in dextrose		promethazine hcl	77, 106	REPATHA.....	34
.....	136	propafenone hcl	32	REPATHA PUSHTRONEX	
potassium chloride in nacl... 138		propafenone hcl er	32	SYSTEM	34
potassium citrate er.....	45	proparacaine hcl	63	REPATHA SURECLICK	34
PRADAXA.....	141	propranolol hcl	25	RESCRIPTOR.....	130
pramipexole dihydrochloride .69		propranolol hcl er	25	RESTASIS.....	63
pramipexole dihydrochloride er		propranolol-hctz	29	RETROVIR	131
.....	69	propylthiouracil	61	REVATIO.....	76
prasugrel hcl	139	PROQUAD.....	15	REVLIMID.....	110, 111
pravastatin sodium.....	33	PROSOL.....	136	REXULTI.....	125
prazosin hcl	30, 46	protriptyline hcl	105	REYATAZ	130
prednisolone	21, 50, 71	PULMICORT FLEXHALER. 78		RIBASPHERE.....	126, 128
prednisolone acetate ... 21, 63, 71		PULMOZYME.....	75	ribavirin	126, 128
prednisolone sodium phosphate		PURIXAN	111	rifabutin	109
.....	21, 50, 63, 72	pyrazinamide	110	rifampin	110
prednisone	21, 50, 72	pyridostigmine bromide	22	RIFATER	110
PREDNISONE INTENSOL .21,		pyridostigmine bromide er	22	riluzole.....	37
50, 72		Q		rimantadine hcl	133
preferred plus insulin syringe		QUADRACEL	15	ringers	136
.....	147				

risedronate sodium	73	sodium phenylbutyrate ...	45, 134	SYMLINPEN 120	144
RISPERDAL CONSTA .	22, 125	sodium polystyrene sulfonate		SYMLINPEN 60	144
risperidone	22, 23, 125	.....	137	SYNAGIS	10
ritonavir	130	SOLTAMOX.....	120	SYNAREL.....	61
RITUXAN.....	116	SOLU-CORTEF.....	21, 50, 72	SYNERCID	90
rivastigmine.....	18	SOMATULINE DEPOT	60	SYNJARDY	144
rivastigmine tartrate.....	18	SOMAVERT	60	SYNJARDY XR.....	144
rizatriptan benzoate	67	SORINE.....	32	SYNRIBO.....	112
ropinirole hcl	69	sotalol hcl	32	SYNTHROID	59
ropinirole hcl er	69	sotalol hcl (af).....	32	T	
rosuvastatin calcium.....	33	SOVALDI	127, 128	TABLOID.....	111
ROTARIX	16	SPIRIVA HANDIHALER	78	tacrolimus	14, 41
ROTATEQ	16	SPIRIVA RESPIMAT.....	79	TAFINLAR	119
ROWEEPR	101	spironolactone	34	TAGRISSE.....	119
roweepra xr.....	101	spironolactone-hctz	29	TAMIFLU	133
ROZEREM.....	66	SPRINTEC 28	55	tamoxifen citrate.....	120
RUBRACA.....	114	SPRITAM.....	101	tamsulosin hcl.....	46
RYDAPT	119	SPRYCEL	119	TARCEVA	119
S		SPS	137	TARGRETIN	120
SABRIL.....	97	SRONYX.....	55	TARINA FE 1/20	55
SANDIMMUNE	14	SSD	96	TASIGNA.....	119
SANDOSTATIN LAR DEPOT		stavudine.....	131	tazarotene.....	41
.....	60	sterile water for irrigation....	136	TAZORAC	41
SANTYL	41	STIOLTO RESPIMAT.....	74	TAZTIA XT.....	27
SAPHRIS	23, 125	STIVARGA.....	119	TECENTRIQ.....	116
SAVELLA.....	37	streptomycin sulfate	87	TEFLARO	91
SAVELLA TITRATION PACK		STRIBILD	129	TEGRETOL	24, 99
.....	37	SUBOXONE	18	TEGRETOL-XR.....	24, 99
scopolamine.....	43	SUCRAID	134	telmisartan-hctz	30
selegiline hcl.....	70	sucralfate	45	temazepam	66
selenium sulfide.....	41	sulfacetamide sodium .	63, 64, 96	TENIVAC.....	16
SELZENTRY	132	sulfacetamide-prednisolone...22,	64	tenofovir disoproxil fumarate	
SENSIPAR.....	73	.....	96	.....	126
SEREVENT DISKUS	80	sulfadiazine.....	96	terazosin hcl.....	30, 46
sertraline hcl	87, 104	sulfamethoxazole-trimethoprim		terbinafine hcl.....	109
sevelamer carbonate	47	.....	96	terbutaline sulfate	80
SHAROBEL.....	55	SULFAMYLON.....	89	terconazole.....	109
SHINGRIX.....	16	sulfasalazine	72	testosterone	56
SIGNIFOR	60	sulindac.....	20, 85	testosterone cypionate	56
SIGNIFOR LAR	60	sumatriptan	67	testosterone enanthate.....	56
sildenafil citrate	76	sumatriptan succinate	67, 150	tetanus-diphtheria toxoids td ..	16
SILENOR.....	86, 105	sumatriptan succinate refill	67	tetrabenazine.....	37
silver sulfadiazine.....	96	SUPRAX	91	THALOMID.....	110
SIMBRINZA	62	SUPREP BOWEL PREP KIT		THEO-24	81
simvastatin.....	33	.....	139	theophylline	81
sirolimus	14	SUTENT.....	119	theophylline er	81
SIRTURO.....	110	SYLATRON.....	112, 128	thioridazine hcl	122
SIVEXTRO	89	SYMBICORT.....	75	thiothixene	122
sodium chloride.....	138, 139	SYMFI.....	131	tiagabine hcl.....	97
sodium fluoride	139	SYMFI LO	131	tigecycline.....	89

timolol maleate.....	25, 62, 68	TRINTELLIX.....	104	VICTOZA.....	145
TIVICAY	129	TRI-PREVIFEM	55	VIDEX.....	132
tizanidine hcl	67, 148	TRISENOX	114, 150	VIDEX EC.....	132
TOBRADEX	87	TRI-SPRINTEC	55	vigabatrin.....	97
tobramycin.....	87, 88	TRIUMEQ.....	132	VIIBRYD	104
tobramycin sulfate.....	88	TRIVORA (28).....	55	VIIBRYD STARTER PACK	
tobramycin-dexamethasone....	64	TROPHAMINE.....	137	.....	105
TOBREX.....	88	tropium chloride.....	46	VIMPAT.....	99
tolazamide	144	TRUMENBA.....	16	vinblastine sulfate.....	115
tolbutamide.....	145	TRUVADA	131	VINCASAR PFS	115
tolterodine tartrate	46	TWINRIX.....	16	vincristine sulfate.....	115
tolterodine tartrate er	46	TYBOST	132	vinorelbine tartrate.....	115
topiramate.....	68, 100	TYKERB	120	VIRACEPT.....	130
topiramate er.....	100	TYPHIM VI	16	VIRAMUNE.....	130
TOPOSAR.....	117	TYSABRI.....	11, 39	VIREAD	127, 132
topotecan hcl	117	U		voriconazole	109
torsemide	34	ULORIC	19	VOSEVI	127
TOUJEO MAX SOLOSTAR		UNITHROID.....	59	VOTRIENT	120
.....	147	UPTRAVI.....	28	VPRIV	134
TOUJEO SOLOSTAR	147	ursodiol.....	42	VRAYLAR.....	23, 125
TPN ELECTROLYTES.....	137	V		VYFEMLA.....	55
TRADJENTA.....	145	valacyclovir hcl	128	VYXEOS.....	115, 150
tramadol hcl.....	82	VALCHLOR	41, 110	W	
tramadol-acetaminophen	84	valganciclovir hcl	126	warfarin sodium.....	141
trandolapril	36	valproate sodium	24, 68, 97	WELCHOL.....	34, 145
tranexamic acid	141	valproic acid	24, 68, 97	X	
TRANSDERM-SCOP (1.5 MG)		valsartan.....	31	XALKORI	120
.....	43, 106	valsartan-hydrochlorothiazide	30	XARELTO	141
tranylcypromine sulfate.....	103	vancomycin hcl.....	89	XARELTO STARTER PACK	
TRAVASOL.....	137	VANDAZOLE	89	.....	141
TRAVATAN Z	64	VAQTA	16, 74	XATMEP.....	14
trazodone hcl	102	VARIVAX.....	16	XELJANZ.....	14
TREANDA.....	114	VARIZIG.....	16	XELJANZ XR	14
TRECTOR.....	110	VASCEPA.....	34	XGEVA	73
TRELEGY ELLIPTA	76	VELCADE	115	XIFAXAN	42, 89
TRELSTAR MIXJECT.....	61	VELIVET	55	XIGDUO XR.....	145
tretinoin	41, 120	VEMLIDY.....	127	XOLAIR.....	76
triamcinolone acetonide ..	41, 50,	VENCLEXTA	115	XTAMPZA ER.....	83
51, 65		VENCLEXTA STARTING		XTANDI.....	111
triamterene-hctz.....	30, 150	PACK	115	XURIDEN	134
TRIDERM.....	51	venlafaxine hcl	87, 104	XYREM.....	66
trientine hcl.....	137	venlafaxine hcl er	87, 104	Y	
trifluoperazine hcl	122	VENTAVIS	76	YERVOY	112
trifluridine.....	128	VENTOLIN HFA.....	80	YF-VAX.....	16
trihexyphenidyl hcl.....	70	verapamil hcl	27	YONDELIS	115
TRI-LEGEST FE.....	55	verapamil hcl er.....	27	YONSA	111
TRILYTE	45	VERSACLOZ	123	Z	
trimethoprim.....	89	VERZENIO	117	zafirlukast	78
trimipramine maleate.....	105	VESICARE	46	zaleplon.....	66
TRINESSA (28).....	55	VESTURA.....	55	ZALTRAP	112

ZAVESCA	134	zidovudine	132	zonisamide.....	99
zazole.....	150	ZINBRYTA.....	150	ZONTIVITY.....	139
ZEJULA	115	ziprasidone hcl.....	23, 125	ZORTRESS	14
ZELBORAF.....	120	ZIRGAN.....	126	ZOSTAVAX.....	16
ZEMAIRA.....	74	zoledronic acid	74	ZOVIA 1/35E (28)	55
ZENATANE.....	41	ZOLINZA.....	109, 117	zovia 1/50e (28).....	150
ZENCHENT.....	55	zolmitriptan	67	ZYDELIG.....	117
ZENPEP	134, 150	zolpidem tartrate.....	66	ZYKADIA.....	120
ZERIT.....	132	zolpidem tartrate er.....	66	ZYTIGA	111

Este formulario fue actualizado el 1 de octubre de 2018. Para información más reciente, o para otras preguntas, por favor, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado de First+Plus al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos); o usuarios de TTY deben llamar al 1-877-672-4242, lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. o visite www.firstpluspr.com.

MMM Healthcare, LLC es un plan PPO con un contrato Medicare. La afiliación en MMM Healthcare, LLC depende de la renovación del contrato.

El formulario puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

Esta información está disponible gratis en otros idiomas. Por favor llama a nuestro número de Servicios al Afiliado al 787-522-7800 (Área Metro), 1-888-767-7717 (libre de cargos), o al 1-877-672-4242 TTY (audioimpedidos), lunes a domingo, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.

This information is available for free in other languages. Please call our Member Services number at 787-522-7800 (Metro Area), 1-888-767-7717 (toll free) or 1-877-672-4242 TTY (hearing impaired), Monday through Sunday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m.

H7522
Y0049_2018 1085 0002 2
File & Use 09062017
CMS Accepted